ISSN 1517-3852

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. RENE

Rev. RENE, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 1-164, jan./mar.2008

Publicação da Rede de Enfermagem do Nordeste/Departamento de Enfermagem/UFC

A **Rede de enfermagem do Nordeste – RENE** foi criada em 24 de novembro de 1994, através do "Termo Aditivo ao Convênio de Protocolo de Integração do Nordeste – PINE", assinado pelos Reitores das Universidades Federais, Estaduais e particulares do Nordeste do Brasil, e visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem da Região Nordeste, objetivando o fortalecimento do ensino, da pesquisa e da extensão; apoiar o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Nordeste- PROPRENE.

RENE

PRESIDENTE
BERTHA CRUZ ENDERS

VICE-PRESIDENTE
TELMA RIBEIRO GARCIA

PÓLO I
Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso/UFC
Nair Portela Silva Coutinho/UFBA
Inez Sampaio Nery/UFPI

PÓLO II
Bertha Cruz Enders/UFRN
Telma Ribeiro Garcia/UFPB
Lígia Maria de Almeida/UNESCO

PÓLO III
Cristina Maria M. de Melo/UFBA
Maria Jésia Vieira/UFSE
Célia Rosendo Alves/UFAL

CONSELHO EDITORIAL
Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso/UFC
Lorita Marlena Freitag Pagliuca/UFC
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga/UFC
Maria Salete Bessa Jorge/UECE
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos/UNIFOR

BIBLIOTECÁRIA
Norma de Carvalho Linhares

PROJETO GRÁFICO
Carlos Alberto Alexandre Dantas

CAPA
Geraldo Jesuino da Costa

PERIODICIDADE
Trimestral

Sumário

ARTIGOS DE REVISÃO

Editorial

CRESCIMENTO DO PERIÓDICO CIENTÍFICO E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DOS PARECERISTAS
GROWTH OF SCIENTIFIC JOURNALS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE WORK OF ADVISORY WRITERS
CRECIMIENTO DEL PERIÓDICO CIENTÍFICO Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE LOS APRECIADORES

Nos anos recentes a produção científica na América Latina teve um aumento significativo. Esse avanço tem como principais atores os pesquisadores brasileiros, cujo número de artigos publicados supera significativamente os que têm origem em outros países dessa Região.

A par disso, vale salientar, esses mesmos pesquisadores têm se desdobrado em esforços substantivos e que vão para além do aumento de artigos submetidos à publicação. Tais esforços tomam a forma de criação de novos periódicos científicos, de maior rigor, profissionalização e modernização dos processos editoriais. Nesse âmbito, as novas tecnologias editoriais proporcionam grande agilidade, o que representa parcela importante nessa história de sucesso. Os periódicos científicos brasileiros perseguem os melhores e mais modernos meios de divulgação e de facilitação do acesso dos leitores ao conhecimento publicado, motivados pela necessidade de gerarem impactos sociais, de se fazerem mais conhecidos e seus conteúdos mais citados na realidade do mundo globalizado. Como resultado disso tem aumentado significativamente o número de bases em que nossos periódicos estão indexados, internacionalizando o conhecimento científico produzido no Brasil.

A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene seguindo esse mesmo processo de consolidação e expansão tem sido agraciada com sucessos, o mais significativo deles, a ascensão à condição de periódico de categoria Internacional C. Este fato, bem como outras conquistas com ele relacionadas são motivo de júbilo para quantos fazem este periódico.

Para os leitores que apenas recebem o periódico em suas residências pode parecer que a produção de cada novo fascículo é uma tarefa simples e segura. Entretanto, os que militam nos bastidores da editoração de um periódico científico em nosso país sabem da tarefa hercúlea que é mantê-lo vivo, pontual e com qualidades suficientes para não desaparecer, para angariar novas indexações e para se fazer visível internacionalmente.

Por outro lado, quem está neste meio sabe que, a cada patamar alcançado, crescem as exigências para prosseguir crescendo. As conquistas implicam sempre em maiores responsabilidades e mais complexidade, nem sempre acompanhadas de imediato por mais recurso financeiro ou mais pessoal de apoio qualificado. Mas é certo que o Editor, o pessoal de Secretaria, os revisores técnicos e os pareceristas sentem de imediato a sobrecarga que vem como desdobramento do sucesso de um periódico científico.

Cabe enfatizar que a maior responsabilidade pela qualidade de um periódico científico recai formalmente sobre seu Editor ou seu Conselho de Editores. Por isso, no fluxo interno, o artigo deve passar em um primeiro momento por essa instância, em seguida pelos pareceristas e novamente retornar a ela antes de ser encaminhado aos revisores finais.

No atual estágio da ciência, a publicação em periódicos científicos atesta credibilidade, certifica a qualidade da ciência, contribui substantivamente para a construção de carreiras acadêmicas, além de determinar de alguma forma quem consegue financiamento para realizar suas pesquisas. Nesse contexto, a sobrecarga relativa dos pesquisadores com o trabalho de emitir pareceres é uma necessidade da qual cada periódico científico não tem como abrir mão. A revisão por pares é o primeiro filtro externo pelo qual passa um texto antes do conhecimento produzido ser oficial e formalmente publicado. Esses são procedimentos que contribuem significativamente para garantir a qualidade de um periódico e fazem com que os autores tenham orgulho de ali publicar.

O corpo de pareceristas é um dos grandes pilares do periódico, juntamente com os autores que submetem manuscritos para avaliação e posterior publicação. É o parecerista quem examina em profundidade o mérito de um trabalho e atribui uma valoração fundamentada sobre sua qualidade.

Muitas qualidades são esperadas de um bom parecerista, entre as quais destacamos: ser pontual na emissão dos pareceres solicitados; ser um especialista que domina o campo que avalia e que publica com freqüência nesse mesmo campo; ter comportamento ético no trato com o artigo e com o periódico, trabalhando com isenção, orientando-se pelo princípio de avaliar o trabalho e não os autores e estando sempre atento ao perfil e à linha editorial do periódico; observar sempre se há atendimento aos princípios éticos por parte dos autores; declarar-se impedido de emitir parecer sobre trabalhos em relação aos quais se sinta desconfortável por razões metodológicas, éticas ou outras; sinalizar para o periódico sempre que identificar conflitos de interesse envolvendo o manuscrito.

O Editor do periódico deve exercer permanente cuidado na relação com esse corpo de colaboradores valiosos. Primeiramente deve-se ter em conta que a tarefa de ser parecerista é uma atividade voluntária e entendida como temporária. Por esta e por outras razões, o periódico deve dispor de um banco com nomes de pesquisadores que tenham produção destacada e freqüente nas diversas temáticas de avaliação. Isto permite não sobrecarregar uma mesma pessoa, garantir o anonimato do parecerista e dos autores dos manuscritos e também dispor agilmente de opções a cada manuscrito que chega para ser avaliado. É desejável que os integrantes do corpo de pareceristas também publiquem no periódico para o qual eles avaliam manuscritos e isto deve ser explicitado a esses colaboradores.

O Editor deve zelar permanentemente pelos diversos princípios éticos para que todo e qualquer artigo não sofra efeitos prejudiciais advindos da eventual identificação do avaliador ou dos autores, de pareceres com "bias" ou de conflitos de interesse. Em função disso, como parte da política editorial da Rev. Rene, a partir deste ano, não mais publicaremos em cada número o nome dos pareceristas que avaliaram os trabalhos ali publicados. A sistemática adotada passa a ser publicar no último número de cada volume, portanto de cada ano, todos os nomes dos que emitiram pareceres no decorrer do período, o que, naturalmente serve como estratégia adicional para preservar o necessário sigilo do processo de avaliação.

Por fim, cabe ressaltar que as reflexões aqui contidas visam reafirmar nosso agradecimento, esclarecer aspectos do papel dos pareceristas e também formalizar as medidas que estamos adotando para que todos estejam a par desta nova sistemática. Acrescentamos que, para preservar a qualidade do periódico, os pareceristas estão sendo melhor monitorados pelo Corpo Editorial da Rev. Rene que aprecia a pontualidade e a qualidade dos pareceres emitidos, a qualidade de sua produção científica e o nível dos periódicos em que ela é publicada.

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Presidente em Exercício do Conselho Editorial

ENFERMEIRAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: VISÃO SOBRE A FAMÍLIA

NURSES FROM THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: A VISION ABOUT THE FAMILY

ENFERMERAS DE LAS UNIDADES PRIMARIAS DE SALUD: PUNTO DE VISTA SOBRE LA FAMILIA

VÂNIA MORENO[1]

Este estudo de caso, de natureza qualitativa, teve como objetivo apreender como as enfermeiras que atuam nas unidades básicas de saúde se relacionam com as famílias, quais os conhecimentos que obtiveram na graduação e suas contribuições para os profissionais a serem formados. A análise dos dados permitiu inferir que as entrevistadas obtiveram poucos conhecimentos a respeito da família enquanto unidade de cuidado e, em sua prática cotidiana o enfoque ainda é biologicista, voltado para os sintomas apresentados pelo usuário cuja família é tida como informante e responsável pelo tratamento. Com relação à formação dos novos profissionais, é importante incorporar a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, mas a família deve ser entendida como participante do tratamento tendo um acolhimento frente às suas necessidades nos serviço de saúde.

PALAVRAS-CHAVE*:* Enfermagem em saúde comunitária; Família; Atenção primária à saúde.

The objective of this qualitative study was to understand how nurses from the public health system get along with the families, what they learned as undergraduates and their contributions to the future professionals. Data analysis allowed us to infer that the nurses interviewed gained little understanding about the family as a care unit and, in their daily work. The focus is still biologicist, focusing on the patient's symptoms and whose family is understood as an informer and responsible for the treatment. As far as the education to new professionals is concerned, it is important to incorporate, interdisciplinarity and teamwork. However, the family should be understood as a participant in treatment with an acceptance in relation to their needs in health services.

KEYWORDS*:* Nursing community health; Family; Primary health care.

Este estudio de caso, de naturaleza cualitativa, tuvo por objetivo percibir cómo las enfermeras que actúan en unidades de servicio primario se relacionan con las familias, qué nivel de conocimientos obtuvieron en el curso de graduación y sus contribuciones en relación a los futuros profesionales prontos a titularse. El análisis de los datos permitió concluir que las entrevistadas obtuvieron pocos conocimientos con respecto a la familia como unidad de cuidado y, en su práctica diaria el enfoque todavía es biomédico, que prioriza los síntomas presentados por el usuario, cuya familia es vista como informante y responsable por el tratamiento. Con respecto a la formación de los nuevos profesionales es importante incorporar la interdisciplinaridad, el trabajo en equipo pero la familia debe ser entendida como participante del tratamiento, siendo merecedora de amparo frente a sus necesidades en los servicios de salud.

PALABRA CLAVE*:* Enfermería en la salud comunitaria; Familia; Atención primaria de salud.

1. Enfermeira. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – SP. Endereço para correspondência: Rua Miguel Catarino, 481 – Jardim Panorama. 18608-210 Botucatu – SP. Endereço eletrônico: btmoreno@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A rede de unidades básicas de saúde passa a compor o projeto de organização assistencial no Estado de São Paulo na década de 20 do século passado, tendo como objetivo a educação sanitária. O modelo proposto buscava promover a saúde e prevenir a doença em contraponto à assistência médica que deveria ser voltada para a cura das doenças[1].

Em 1942, as unidades básicas de saúde assumem um caráter inovador quando organizam ações no âmbito preventivo e também curativo tendo como foco certas doenças infecciosas.

Nesse período, a rede de unidades básicas acompanhou as mudanças ocorridas no eixo político e econômico do país que tiveram forte influência do modelo médico sanitário americano[1].

Em 1972, com a III Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, houve uma redefinição do papel da rede básica que assume uma característica de estender sua cobertura a toda à população que se encontrava excluída de atendimento nos serviços de saúde, permanecendo as ações de promoção e prevenção que constituem a porta de entrada para os serviços de saúde e incorporam a assistência médica para privilegiar a área materno-infantil e doenças infecciosas.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, indica que a unidade básica é parte integrante do sistema de saúde que tem como objetivo a atenção básica que deve ser pautada por tecnologias e métodos práticos comprovados cientificamente e aceitos por indivíduo, família e comunidade visando ao desenvolvimento social e econômico da comunidade onde se insere este serviço[2].

São características da atenção básica: a acessibilidade da população através da porta de entrada que garanta o atendimento; continuidade do cuidado através do estabelecimento do vínculo e da utilização regular do serviço pela população adstrita; integralidade da oferta de serviços que permita a responsabilização pelos problemas de saúde da comunidade e sua integração com os níveis secundários e terciários e a coordenação e integração do serviço que envolva o enfoque familiar, a orientação à comunidade e a formação profissional[3].

No sistema de saúde brasileiro, as unidades básicas eram as únicas responsáveis pela atenção básica, mas, a partir da década de 90, o Ministério da Saúde propõe uma (re) orientação do modelo de Atenção à Saúde com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde, implantando a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Passados mais de dez anos da implantação da Estratégia de Saúde da Família, em estudo realizado no Estado de São Paulo, pôde-se verificar a coexistência das unidades básicas e de saúde da família, fato decorrente da dificuldade dos municípios em sua organização técnico-política, e devido basicamente à ausência de profissionais capacitados para as necessidades exigidas para a implantação deste novo modelo de atenção[4]. E, segundo dados do Ministério da Saúde, em 46,2% dos municípios brasileiros o modelo de atenção é o da Saúde da Família[5].

Em 2005, a Organização Pan-americana renova a necessidade da atenção primária e enfoca a participação das pessoas em âmbito individual ou familiar a tornarem-se parceiros ativos no planejamento, tomada de decisão e intervenção em relação a sua saúde e propõe que as informações sejam acessíveis, facilitando à comunidade participar das determinações referentes ao planejamento das ações[6].

Partindo do enfoque familiar como uma dimensão da atenção básica, vemos que a família constitui parte integrante do cuidado ao usuário e deve participar de forma efetiva. Inserir o sistema familiar nessa proposta tem sido uma das dificuldades enfrentadas, à medida que ainda os serviços estão alicerçados no paradigma biologicista onde o foco do atendimento é individual, baseado em sintomas cujas atividades estão inseridas dentro das ações programáticas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Apreender o que os enfermeiros tiveram de conhecimento sobre a família em sua formação acadêmica, como visualizam a mesma na condição de agente de cuidados, facilidades e dificuldades no relacionamento e quais as contribuições do profissional de enfermagem frente à formação do aluno foram objetivos desta pesquisa.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Para embasar este estudo utilizaram-se dois referenciais: a família entendida como sistema de saúde para seus membros e o acolhimento.

A família é um sistema que promove a saúde entre seus membros, através de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam suas ações em busca da prevenção da doença. Participa do cuidado à saúde, responsabilizando-se pelo estado de bem-estar de seus integrantes, interagindo com os serviços de saúde, com o devido respeito aos conhecimentos científicos dos profissionais, bem como articulando os saberes populares do cuidado e tomando decisão sobre a melhor forma de tratamento. Sofre a influência de seu contexto social e influencia a sociedade em que vive[7].

O acolhimento não é apenas uma atividade de recepção, mas uma atividade assistencial que busca reconhecer as necessidades de saúde dos usuários e possibilita a forma de atendê-la, quer seja pelo próprio serviço ou por meio de encaminhamento à rede assistencial[8].

O acolhimento tem como objetivo a acessibilidade dos usuários ao serviço, a humanização do atendimento e deve atuar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho da unidade[9].

METODOLOGIA

Optou-se por realizar um estudo de caso por entender que possibilita uma análise em profundidade do tema a ser estudado, que considera a unidade social como um todo, ou seja, um indivíduo, a família ou a comunidade buscando entendê-los a partir de suas vivências[10], principalmente quando o fenômeno estudado e o contexto não estão claramente definidos[11].

O estudo de caso é chamado de uma estratégia de investigação, pois é uma forma de organizar os dados, mas mantendo o caráter único de um tema social que está sendo investigado[11].

Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, e foram sujeitos desta pesquisa sete enfermeiros que trabalham no serviço municipal, sendo cinco nas unidades básicas de saúde e dois no Centro de Saúde Escola, unidade da Faculdade de Medicina integrada ao município. Foram entrevistados todos os enfermeiros que estavam em atividade no período da coleta de dados e aceitaram participar do estudo.

A entrevista elencava os seguintes dados: idade, sexo, situação profissional: a instituição que trabalha e o tempo, formação profissional: escola em que se formou e o tempo de formada, e referentes à pós-graduação. Dados relativos à investigação propriamente dita: Conhecimentos adquiridos durante sua formação acadêmica e pós-graduação sobre o cuidado à família, o papel desta no cuidado ao usuário. Facilidades e dificuldades na interação com as famílias. Ações de enfermagem desenvolvidas junto à família, considerações sobre a formação do profissional e sua interação com os familiares nos vários cenários da assistência.

Para a análise dos dados, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado, o que proporcionou ao investigador eleger os elementos ou aspectos comuns ou que se relacionam entre si e agrupar idéias ou expressões em torno de um conceito abrangente[12], permitindo construir as seguintes categorias: a graduação em enfermagem e a especialização e os conhecimentos sobre família; o cotidiano dos serviços e a família; os enfermeiros da prática e a contribuição para o ensino da enfermagem – incluindo a família.

As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina-Unesp.

Os entrevistados foram informados a respeito da pesquisa para então consentir em participar do mesmo.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros entrevistados são do gênero feminino que se graduaram em enfermagem num período que varia de cinco a vinte anos. Quanto ao tempo que estão trabalhando na rede básica, metade atua há mais de 10 anos e metade há menos de 10 anos. Seis enfermeiros cursaram especialização em áreas ligadas ao gerenciamento dos serviços de saúde, administração ou saúde pública; um enfermeiro optou por um curso de Hematologia como especialização.

Apresentamos as categorias empíricas que se derivaram das falas dos enfermeiros e buscamos sua articulação com os dados da literatura.

A graduação em Enfermagem e especialização e os conhecimentos sobre família

Com relação aos conhecimentos obtidos durante a graduação, pode-se observar que os enfermeiros que se for-

maram há mais de 10 anos apresentaram, em suas falas, a formação voltada para a dicotomia administrar/assistir e a importância da atenção integral:

> Então a gente era formada para uma das duas coisas, ou você prestava cuidado ao doente ou você fazia administração. Na época, eu particularmente acho que meu curso foi voltado para a parte administrativa, na época o mercado pedia enfermeiros que fizessem administração. (E2)

Se a opção realizada fosse por administração, havia um mínimo contato com o paciente e com sua família.

É importante ressaltar que a formação acadêmica sempre esteve atrelada às necessidades do mercado de trabalho. Dessa forma, é importante relembrar que a organização do trabalho em enfermagem se deu em três direções: organização do cuidado ao doente através da sistematização das técnicas de enfermagem; a segunda, através da organização de ambiente terapêutico e a terceira, através do treinamento dos agentes de enfermagem, utilizando técnicas e mecanismos disciplinadores [13].

Dois enfermeiros afirmam que:

> Bem, faz quase 20 anos, a lembrança é bem curta. (...) de abordagem integral, eu lembro que a gente fazia muita visita domiciliar, se valorizava muito o domicílio, a família, o cuidado integral das pessoas, eu tenho essa lembrança dessa valorização. (E1)

> Na minha formação acadêmica eu acredito que não tinha maturidade suficiente para estar apurando, (...) por parte de todos os docentes da universidade, que eu considero que valoriza muito a família, o conteúdo da pessoa na sociedade, a inserção do profissional na sociedade. (E4)

Havia uma preocupação em ensinar os conteúdos voltados para os princípios da atenção básica, mas o aluno pouco valorizava essas ações, porque o mercado de trabalho ainda buscava enfermeiros administradores.

A enfermagem começa a compor o cenário dos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo a partir de 1969 com a reforma administrativa que irá perdurar até 1973. Nesta predominava a programação em saúde que tinha como base a epidemiologia, para orientar o modelo sanitário, buscar atender patologias específicas como a tuberculose e a hanseníase ou grupos populacionais específicos como gestantes e crianças, articulando assim ações médicas e de saúde coletiva[14].

A programação em saúde fazia referência à família nas ações coletivas através da educação em saúde, ou seja, as atividades grupais por patologia ou por grupos específicos, porém tinha pouco alcance na forma de organização das unidades de saúde, pois sua lógica pautava-se na consulta médica.

Os enfermeiros que se formaram na década de 90 do século passado apontam que os conhecimentos sobre família estavam incorporados à disciplina de Relacionamento Terapêutico na parte teórica e, durante a parte prática, oportunizaram momentos para conhecer a família, principalmente quando o usuário se encontrava em uma situação de dependência de cuidados:

> E eu acho que uma coisa que a gente vê bastante, sobre família é na aula de relacionamento enfermeiro-paciente, a gente não vê que tem que cuidar da pessoa que está doente ou a pessoa que está procurando o serviço, mas que tem que tratar a família. (E6)

> Especificamente família, a gente tem um pouco no relacionamento enfermeiro-paciente, que a gente aprende não só cuidar do paciente, se bem que tem as outras disciplinas sempre que basicamente assim, paciente um pouco mais dependentes, aí que envolveria a família, porque uma patologia básica, assim a gente nem pensa mesmo no familiar, a não ser que você perceba que ele é dependente, mesmo que seja uma patologia básica. (E5)

O processo interpessoal é um referencial teórico que permite ao enfermeiro assistir as pessoas, sejam elas, indivíduos, famílias ou grupos que necessitam de ajuda para superar uma experiência de sofrimento[15].

Com relação aos conhecimentos sobre a família que adquiriram durante a graduação, os enfermeiros relatam

que trouxeram pouco impacto no trabalho em saúde, devido à pouca maturidade para absorver as experiências didáticas e transportá-las para a prática.

O ensino de enfermagem está pautado em disciplinas, o que compartimentaliza o conhecimento e dificulta que os saberes interdisciplinares transitem entre elas. A formação na graduação não favorece ao discente conhecer a família com suas dificuldades e potencialidades para solucionar as situações que vivenciam quando um familiar está adoecido[7].

Nos cursos de especialização, não ocorreu nenhuma disciplina que envolvesse a família.

O cotidiano dos serviços e a família

Com relação ao papel da família no cotidiano dos serviços, os enfermeiros referem que há necessidade da família estar incluída para receber orientação sobre os cuidados fornecidos aos seus familiares, principalmente aqueles destituídos de alfabetização, com dificuldade de entender a orientação fornecida pela enfermagem, facilitando assim seu trabalho.

> Com certeza. O que a gente vê assim... algumas atividades que você propõe, você quer que o paciente faça se tiver a colaboração da família, torna-se dispensável algumas coisas que a gente faz, você pode estar treinando a família, orientando a família, ou mesmo o paciente, você tira algumas coisas da parte da enfermagem. (E2)

> Nesses casos que eu te falei sim é fundamental, quando você tem um paciente analfabeto ou se você vê que é muito simplezinho, tem alguns que falam não sei ler, você tem alguém para cuidar de você? Ah! não tenho (...) a gente tem que usar de algumas artimanhas, muitas vezes você tem que fazer visita domiciliar para acompanhar o paciente, para a gente isso dificulta, então eu acho que, tendo a família, alguém responsável ou pela criança, que tem que ter, ou pelo idoso seria fundamental. (E5)

Dessa forma, vemos os enfermeiros ainda munidos de um arsenal de orientações para serem transmitidas para as famílias como se elas não tivessem sua própria forma de resolver os problemas. Orientar foi uma atividade atribuída à enfermeira que atua em saúde pública.

A atividade de orientação quando pressupõe que existe um profissional que é detentor de um saber e os usuários que não sabem a forma correta de cuidar, afasta o outro à medida que desconhece sua realidade e não respeita as potencialidades advindas da vida familiar dentro de um sistema de saúde[7].

Sobre a dinâmica familiar se detecta que:

> Acho primordial, o cliente que vem aqui, por algum motivo, tem que ver o que está causando esse motivo, é a família, qual a influência, e também uma coisa que a gente vê aqui relacionado com criança, muitas das doenças das crianças não são relacionadas às bactérias, vírus, de nada. É relacionado à família, o estado da família é tão ruim que a criança adoece. Relacionamento dos pais, briga, agressão física, que aqui a gente tem bastante agressão física, violência sexual contra a criança ou a mulher. (E6)

O posicionamento desse enfermeiro nos permite inferir que está aberto a conhecer os fatores que estão envolvidos no processo de adoecimento desprendido da visão biologicista de causa-efeito.

O acolhimento-diálogo permite ao profissional que, ao conversar com o usuário, teça uma rede para compreender como a família convive e busca não só os fatores biomédicos ligados à doença, mas também as questões sociais e culturais para ampliar seu espaço de conhecimento e não reduzir o papel da família junto ao serviço de saúde apenas como um receptor de informação sobre determinada patologia.

No trabalho cotidiano, a facilidade do trabalho com as famílias reside no fato de colaborar, aceitar as orientações e tornar-se parceira no tratamento:

> Facilidade.... parte de você orientar, de você anotar, de escrever, passar alguma orientação. Essa é uma facilidade que a gente tem, de estar assim, da forma de resolução mesmo, do problema, do paciente em questão. Na parte de orientação facilita muito. (E5)

> A gente conseguiu resolver muitas coisas com o apoio das famílias das pessoas, eu acho isso importante. Porque a gente tem uma angústia muito grande de estar com o problema na pele até parece que é irresolvível, que não tem jeito, não tem saída, e a hora que você vai para a rede das pessoas, você vai encontrando saída, eu acho isso uma facilidade do trabalho, é uma parceria mesmo, é importante, fundamental. (E1)

Percebem-se nas falas destes dois enfermeiros formas distintas de visualizarem a família. O enfermeiro (E5) ainda coloca a família como receptora de informação. Já o enfermeiro (E1) tem a postura de compartilhar, respeitar a família e aceitá-la como parceira. E ainda enfatiza que no acolhimento dialogado podemos reconhecer o outro, descobrir a insuficiência de cada um e buscar sentido para a situação propiciando a construção de saberes[8].

Quando os enfermeiros conseguem perceber que a família tem sua própria intencionalidade e recursos para a resolução dos problemas e que podem ser utilizados dentro da unidade básica à medida que ela se sinta parceira do processo em curso, então visualiza uma outra relação.

Por outro lado, as dificuldades apontadas pelos enfermeiros são: a falta de adesão e disponibilidade, a forma de adentrar a casa da família, não encontrar a resposta que o profissional está esperando.

> Nem sempre se encontra a resposta que você gostaria de encontrar nas pessoas, as pessoas têm seus compromissos, sua maneira de ver o mundo, ver as coisas, o vinculo pessoal não é aquilo que você espera. A família dá uma outra resposta que não é aquilo que você espera. Porque tem toda uma dinâmica familiar aí, é que a gente desconhece. (E1)

> Eu acho que na maioria das vezes, é falta de valorização da própria família de se envolver no cuidado daquela pessoa, quando é um dependente, e da criança muitas vezes assim, às vezes nós nos preocupamos mais com aquele paciente do que a própria família. Essa é uma dificuldade muito grande, a falta de adesão à família, a falta de valorização de uma pessoa. (E4)

Essas duas falas demonstram novamente a dificuldade de o enfermeiro dialogar com a família, entender suas necessidades e demandas e não impor a orientação como única forma de lidar com a situação.

Esse enfermeiro diz:

> Eu acho que as dificuldades, eu vou falar mais dos casos que eu lembro. As dificuldades é assim não entender o que está acontecendo, não entender que a participação da família é importante, então assim porque ta falando comigo? Porque eu sou importante nesse cuidado? Então, as dificuldades... é você na verdade, você tem que trabalhar desde o começo com essa família. Porque o mesmo trabalho que você fez com o paciente é o mesmo trabalho com a família. (E7)

Esse depoimento nos lembra que é importante incluir o membro que procura a unidade e os demais familiares juntos no processo, participando e compartilhando do cuidado.

E lembra que também pode ocorrer do profissional excluir o usuário para atender os familiares:

> Então, nas consultas em geral com os idosos a gente tem essa preocupação. Mas eu volto a falar que você tem que tomar cuidado também porque senão você envolve tanto a família que deixa de ver o lado do paciente. Então tem que ser uma coisa bem dosada, eu acho. (E7)

Nesse caso, a família começa a participar do tratamento e exclui o usuário das tomadas de decisão a respeito de sua vida. Quando um membro adoece e passa a freqüentar uma unidade de serviço não deixa de pertencer a sua família de origem, porém, muitas vezes, por inabilidade do profissional que desconhece que a família precisa ser vista como uma unidade de cuidado.

O sistema familiar sofre influência quando ocorre qualquer mudança entre seus membros, que terão de aceitar que o paciente pode mudar com o tempo, considerar que nem todos os membros da família atingirão o máximo de saúde simultaneamente, focalizar as forças sadias dos

membros do grupo familiar visando à promoção de apoio mútuo e o crescimento dentro do possível. Deve-se considerar o contexto cultural em que a família está inserida e facilitar as relações com a comunidade [16].

Um enfermeiro relata sua dificuldade de se relacionar com as famílias:

> Eu acho assim, que esse trabalho com família, talvez você pensasse nisso, ele não pode ser solitário, só uma enfermeira não dá conta, porque todas as experiências as mais difíceis que eu tive que eu precisei trabalhar com a família, eu trabalhei junto com outros profissionais, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogo em geral quando você vai pedir apoio da família, porque a situação não é das mais fáceis, é grave, só a gente, enfermeiro, dentro de nossa capacitação a gente não dá conta. E esse envolvimento da família é importante que seja multiprofissional. Trabalhar com a equipe multiprofissional. (E1)

A família deve ter uma abordagem que envolva os profissionais da equipe de saúde; ela não tem que ser um objeto de cuidado apenas da enfermagem, porém, a equipe de saúde deve ser capacitada para trabalhar com a família tendo como pressuposto a interdisciplinaridade dos saberes, os conhecimentos adquiridos através da capacitação e o acolhimento.

O acolhimento é uma tecnologia necessária para a reorganização dos serviços em busca da humanização e envolve projetos de intervenção. Criar esse espaço se torna essencial para que o trabalhador de saúde utilize sua principal tecnologia que é o saber, mas sua relação com o usuário e família deve permitir que estes se tornem portadores de direitos, aliviando o sofrimento ou buscando a produção da saúde[17].

O cotidiano dos serviços de saúde é dinâmico e, muitas vezes, a família já adentrou a unidade, mas ainda não foi visualizada:

> Às vezes a gente fala: tem que trazer a família, mas às vezes ela já esta aqui dentro. Já está inserida, sem a gente perceber, sem a gente ver como é importante isso. (E7)

A questão pontuada é que os familiares estão divididos nas unidades de saúde ainda em ações programáticas impossibilitando que o profissional tenha uma visão da família.

Com relação às atividades específicas desenvolvidas pelos enfermeiros, junto às famílias, realizam aquelas de programas preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde quais sejam: atendimento ao recém-nascido de risco e programa de curativos para úlcera de estase, através de visitas domiciliares.

No Centro de Saúde Escola, duas atividades envolvem a família: o programa de hanseníase através do controle dos comunicantes e o programa de idosos onde está incluído um grupo para cuidadores.

Os enfermeiros da prática e a contribuição para o ensino da enfermagem – incluindo a família

Ao contribuir para a formação dos novos enfermeiros, esse profissional aponta que, durante a formação, o conteúdo sobre família está vinculado à parte teórica:

> Se nos outros cursos a gente conseguisse, na carga horária, o mínimo possível, conseguisse interagir com a família, porque na teoria a gente tem, a gente não tem na prática. Isso eu sinto falta, aí você acaba aprendendo na raça quando você tem que trabalhar. (E5)

Esse depoimento indica a necessidade do estudo das relações familiares ser contemplado por todas as disciplinas para fornecer uma visão dos vários enfrentamentos das famílias quando se convive em um sistema de saúde.

Pelo conhecimento escasso em relação à família e tendo que aprender na prática, esta, no entanto, não se encontra inserida nas ações de promoção à saúde e de prevenção a doenças. As atividades com familiares dizem respeito à orientação para resultado eficaz no tratamento oferecido. Ainda não existe um olhar para o acolhimento dialogado com os membros da família visando ao ideário da atenção básica.

Por sua vez, o aluno, quando está em atividade em uma unidade básica, tem como parâmetro a família nuclear, sendo que hoje a mesma apresenta outras conformações; devido a isso é importante entender cada família com sua

dinâmica, necessidades próprias e alternativas para as soluções dos problemas:

> (...) você questiona sobre a família e uma das coisas que o aluno responde muito é que ele vem de uma família desestruturada. Isso já virou um jargão, uma coisa, e daí você pergunta o que é esta desestrutura? Às vezes porque não é a família nuclear. Daí eu vejo que a formação está mais voltada para essa família nuclear do que para as outras famílias. Então eu acho que isso seria importante trabalhar mais com os alunos e que cada vez mais a gente vai ver outras formações. (E7)

Nessa fala, podemos perceber que o aluno continua tendo uma visão reducionista da família, ou seja, a família estruturada é a nuclear e o profissional aponta para a necessidade de integração entre unidades formadoras e os serviços de saúde.

> Isso faz falta você fazer uma orientação na casa, fazer um cuidado. Mas eu acho que para o atendimento na família, precisa sair um pouco mais, e ai fazer a ponte que dá unidade básica, programa de saúde da família, montar uma equipe na UNESP, para você fazer o atendimento para a família. (E2)

Integrar a parte teórica com a prática possibilita ao aluno a percepção de outras conformações das famílias.

Essa dificuldade tem sido apontada como um dos desafios para os profissionais que atuam na atenção básica, ou seja, a capacitação em nível de graduação e pós-graduação não está alinhada às exigências da prática. Faltam apoio e supervisão adequados, o trabalho de equipe é pouco desenvolvido, há um número insuficiente de trabalhadores qualificados e pouca motivação para o trabalho[6].

Os problemas de saúde das pessoas devem ser contextualizados nos sistemas familiares, entendendo sua rede social, onde vivem e as condições de trabalho. Isso implica conhecer a dinâmica familiar, como as pessoas enfrentam as questões de saúde, mas sempre respeitando sua bagagem cultural.[(6)]

Ao investigar sobre a família, pode-se perceber a necessidade de articular os saberes e práticas dos profissionais que atuam na atenção básica, os protagonistas da formação acadêmica (professores e alunos) e o gestor municipal, garantindo que a educação aconteça em cenários onde o cuidado ao usuário e sua família deve estar implantado. Tal fato permite uma troca constante de experiências. É necessário, pois, modificar o processo ensino-aprendizagem[18].

Este deve acontecer em um cenário vivo, onde o usuário e sua família trazem suas necessidades e os profissionais do serviço, alunos e docentes, devem ter um conhecimento sobre as práticas curativas e de promoção de saúde, buscando informações que devem ser compartilhadas entre os agentes do cuidado e o usuário de forma a garantir sua escolha em relação ao tratamento e sua autonomia[18].

O conhecimento deve romper os muros dos serviços e buscar articular-se com as redes sociais existentes, propiciando a apropriação e a problematização das políticas de saúde[18].

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica devem buscar o desenvolvimento de sua prática na capacitação para visualizar a importância da educação em saúde a fim de que seu trabalho tenha sentido através do envolvimento, compromisso, responsabilidade e participação do processo em curso.

CONCLUSÃO

Esta investigação buscou apreender como os enfermeiros que atuam em unidades básicas obtiveram conhecimentos sobre a família durante a formação acadêmica e na pós-graduação, como incluem a família na sua prática e como podem auxiliar na formação dos novos profissionais.

Os conhecimentos adquiridos restringiram-se a uma única disciplina teórica, sem articulação com as demais, porém, é esperado que seja uma temática transversal e interdisciplinar, pois a família é mais que a soma dos membros que a compõem, tem sua própria intencionalidade e traz consigo saberes que são influenciados por sua rede social.

Dessa forma, os enfermeiros aprenderam a lidar na prática com a família, que adentra ao serviço sem ser per-

cebida, visto que cada membro está inserido em um programa de atendimento, seguindo a lógica da consulta médica e dos grupos de orientação.

A interação enfermeiro-familiares no cotidiano das unidades básicas ocorre através da orientação (individual ou grupal) que é atividade proposta pelo Ministério da Saúde e visa informar os membros da família para que auxiliem nos procedimentos a serem executados principalmente com idosos e com as crianças.

As facilidades e dificuldades são decorrentes de como os familiares seguem as orientações ou não aderem ao tratamento. Porém, encontramos depoimentos de profissionais que acolhem a família enquanto participante do cuidado e buscam respeitar sua racionalidade e necessidades próprias.

O acolhimento torna-se uma tecnologia apropriada para a reorganização dos serviços tendo como objetivo o acesso e a humanização. Ao ser inserida no processo, possibilita diálogo alicerçado em seus valores e crenças, construindo saberes junto à equipe de saúde da unidade. Ou seja, caminhos para a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

E, em relação à contribuição do enfermeiro para a formação dos novos profissionais, pode-se depreender que existe dificuldade na prática de compartilhar os saberes com os alunos, visto que tiveram pouco conhecimento durante a sua formação acadêmica e referem que é indispensável compor um cenário para aprender a atender a família, articulando academia com os serviços. O aluno também precisa ser atualizado sobre como as famílias são conformadas no mundo contemporâneo.

Esta investigação permitiu inferir que a família adentra as unidades básicas, porém, não é reconhecida como aliada na implantação de propostas que visem à promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Entender que a família pode ser considerada como uma síntese provisória para a reorganização dos serviços, permite ao profissional dialogar com os saberes que provêm de um determinado meio social e cultural em que a família se encontra inserida, descobrir as potencialidades existentes para a solução dos problemas e aprender a compartilhar os saberes, são caminhos para o acolhimento dialogado.

Permite-se, assim, organizar um serviço que esteja pautado no diálogo e respeito, facilitando o envolvimento e a responsabilidade de usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral em um processo em construção.

REFERÊNCIAS

1. Nemes Filho A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.c276-86.
2. Organização Pan-Americana de Saúde [online]. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata; 1978 [acesso 2007 jul 7]. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletivo/uploadArq/Alma-ata.pdf.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
4. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva, 2006; 11(3):633-41.
5. Ministério da Saúde(BR). Evolução da implantação das equipes de saúde da família e repasse de recursos financeiros (1998-2006). Brasília; 2007 [acesso 2007 jul 12]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php.
6. Organização Pan-Americana de Saúde [online]. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Brasília, 2005 [acesso 2007 jul 12] Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phe2ppapers_10-ago-05_por.pdf.
7. Elsen I. O cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva, MRS, organizadoras. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
8. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção de integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

9. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2007; 23(2):331-40.
10. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record; 1997.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
12. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-80.
13. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.
14. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 48-65.
15. Travelbee J. Intervención en enfermeria psiquiátrica. Carvajal: OPS/OMS; 1979.
16. Angelo M, Bousso RS. Fundamento da assistência à família em saúde [monografia da Internet]. 2001 [acesso 2004 dez 10]. Disponível em: http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3_1.asp.
17. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/ Buenos Aires: Hucitec/Lugar; 1997. p. 197-228.
18. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Editora Fiocruz; 2007. p. 137-70.

RECEBIDO: 27/03/2007
ACEITO: 29/10/07

GRUPO TERAPÊUTICO COM MULHERES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: AVALIAÇÃO PELA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

THERAPEUTIC GROUP ON WOMEN WITH ANXIETY DISORDERS SYMPTOMS: EVALUATION BY THE HAMILTON ANXIETY SCALE

GRUPO TERAPÉUTICO DE MUJERES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD: EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Ângela Maria Alves e Souza[1]
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga[2]
Leila Memória Paiva Moraes[3]
Maria Lúcia Pinheiro Garcia[4]
Karl Dmitri Ramos Moura[5]
Paulo César de Almeida[6]

A necessidade de avaliar a assistência a um grupo de mulheres levou-nos à aplicação de uma escala. Foram selecionadas 18 usuárias com diagnóstico de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. A Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) foi aplicada com o objetivo de verificar o nível de ansiedade antes e depois de iniciar as sessões grupais. Realizamos 16 sessões de grupo, desenvolvendo técnicas de relaxamento e arte-terapia, tendo como referencial a gestalt-terapia de curta duração. Após as sessões de grupo, o nível de ansiedade das mulheres acompanhadas por meio da abordagem grupal, teve redução significativa quanto aos sintomas que haviam se mostrado como características determinantes para seu sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Transtornos de ansiedade; Estresse; Mulheres; Psicoterapia de grupo.

The aim of this study was to evaluate the assistance to a group of women. We selected eighteen users with the diagnosis of neurotic disorder related to stress and somatoforms. For the evaluation, we used the Evaluation Scale of Hamilton Anxiety (EHA). Our purpose was to verify the anxiety level before and after beginning each group session. We accomplished 16 sessions per week, developing relaxing techniques, art-therapy and as a referential the gestalt-therapy in short run. After the group sessions, the level of anxiety of the women accompanied through the group approach had significant reduction concerning the symptoms which had been relevant characteristics for their psychiatric suffering.

KEYWORDS: Mental Health, Anxiety disorders; Stress; Women; Psychotherapy group.

La necesidad de evaluar la asistencia a un grupo de mujeres nos llevó a la aplicación de una escala. Fueron seleccionadas dieciocho usuarias con diagnóstico de trastornos neuróticos, relacionados al estrés y somato formes. Se aplicó la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) con el objetivo de verificar el nivel de ansiedad antes y después de empezar las sesiones grupales. Realizamos 16 sesiones semanales, con desarrollo de técnicas de relajación y arte terapia, y como referencial la Terapia de Gestalt de corta duración. Después de las secciones de grupo, el nivel de ansiedad de las mujeres acompañadas a través de abordaje grupal, tuvo reducción significativa en lo que se refiere a los síntomas que habían aparecido como características determinantes para su sufrimiento psíquico.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, Tstornos da Ansiedade; Estrés; Mujeres; Psicoterapia de grupo.

[1] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC; Rua Joaquim Bastos, 297/204, CEP 60.415-040 Fortaleza-CE; e-mail: amas@ufc.br

[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Aposentado da UFC; Rua Conselheiro Tristão, 900/1301, CEP 60 050 100 Fortaleza-CE; e-mail: mnofraga@ufc.br

[3] Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Professora Substituta do Curso de Enfermagem da UFC; Rua Rio de Janeiro, 50/Bl/713 CEP 60 441 150; e-mail: leilammp@bol.com.br

[4] Psicóloga clínica, Mestre em Saúde Pública, Rua Pedro Firmeza, 1422 CEP 60 822 380 Fortaleza-CE; e-mail: branca@secrel.com.br

[5] Psiquiatra do CAPS/HUWC/SER III/Fortaleza; Rua Bento Albuquerque, 1300/301 60 000 000; e-mail: kdmitri@fortalnet.com.br

[6] Estatístico, Doutor em Saúde Pública, Professor do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE; Rua Carlos Vasconcelos, 636/1002 60 000 000; e-mail: pc_almeida@zipmail.com.br

INTRODUÇÃO

A partir de nossa experiência profissional, observamos que a incidência dos transtornos de ansiedade por disfunções relacionadas ao estresse tem aumentado de forma rápida nas últimas décadas, em virtude das tensões vivenciadas pela sociedade pós-industrial. Em muitos casos, as pessoas não acompanham o ritmo acelerado das mudanças que ocorrem em sua vida, em seu dia-a-dia. Por tantos desgastes da vida diária, poderíamos dizer que estamos atualmente vivendo a era da ansiedade[1].

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as pessoas diagnosticadas com transtornos de ansiedade devem ser encorajadas a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão. Para essas pessoas, a medicação psicotrópica é considerada abordagem secundária, pois seu uso prolongado pode levar à dependência[2].

Apenas cerca de um quarto dos portadores de ansiedade recebem tratamento e os outros três quartos circulam por vários serviços de saúde, buscando tratamento para os sintomas de ansiedade, como dor torácica, palpitações, falta de ar, taquicardia. Portanto, os transtornos de ansiedade constituem problema de saúde mental evidente em um significativo número de pessoas que compõem a população, carecendo de abordagem comprometida com o aspecto humano de suas manifestações e com o rigor que todo tratamento demanda do profissional de saúde que o propõe[3].

Como profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, observamos que a procura desse serviço por mulheres com sintomas de ansiedade como primeira opção de tratamento, ainda é pequena. Muitas delas, como sentem sintomas físicos, peregrinam por profissionais e serviços de especialidades diferentes, quando lhes são prescritos ansiolíticos, mas por não melhorarem de seu sofrimento psíquico mesmo fazendo uso da medicação, são encaminhadas em momento posterior ao serviço de saúde mental.

Há mais de nove anos no CAPS, coordenando um grupo de mulheres com sintomas de ansiedade, sentimos a necessidade de avaliar a assistência que vinha sendo prestada a essa clientela por meio do grupo terapêutico de apoio. Este propósito apontou-nos como oportuna a aplicação de uma escala de avaliação que documentasse quantitativamente os efeitos do grupo terapêutico sobre os sintomas de ansiedade.

Assim, na presente pesquisa, tivemos como objetivo avaliar, por meio da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – HAM-A[4], os efeitos resultantes da utilização de arte-terapia e relaxamento em um grupo de mulheres com diagnóstico médico de transtornos de ansiedade, acompanhadas durante 16 sessões terapêuticas em um CAPS. Este estudo é parte da tese de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, UFC intitulada "Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental a mulheres com transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes".

MATERIAL E MÉTODOS

No início da pesquisa realizamos triagem em 57 mulheres no período de março a maio de 2003, com a finalidade de formarmos um grupo de apoio com as mulheres que se enquadrassem nos critérios de inclusão e assim avaliarmos a eficácia do uso de relaxamento e arte-terapia sem o uso de medicação psicotrópica.

Os critérios definidos para inclusão no grupo de apoio foram: ser maior de 18 anos; estar com data aprazada para realização de triagem para fins de acompanhamento no CAPS; apresentar a partir da Classificação Internacional das Doenças- CID-10, diagnóstico médico do grupo dos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes; não estar fazendo uso de psicofármacos; estar orientada e aceitar participar do grupo de forma voluntária. Tivemos como critério de exclusão: mulheres com transtorno obsessivo-compulsivo, pois para esse diagnóstico específico, faz-se mais adequada a terapia cognitivo-comportamental que se fundamenta na aprendizagem de comportamentos com mudança de hábitos, eliminando comportamentos indesejáveis e o desconforto causado pelos pensamentos obsessivos[5].

Na entrevista realizada com as mulheres comunicávamos que elas passariam por avaliação com um psiquiatra do CAPS (quinto autor), contando com a presença da primeira autora. Das 57 mulheres entrevistadas, identifica-

mos 27 que atendiam aos critérios de inclusão. Após a consulta com o psiquiatra, 18 dessas tiveram diagnóstico confirmado de algum transtorno de ansiedade e aceitaram participar da pesquisa.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados o prontuário do CAPS e a Escala de Hamilton para Avaliação da Ansiedade – HAM–A. O uso de escalas auxilia na melhora da qualidade e refinamento de avaliações diagnósticas ou de acompanhamento de pacientes em pesquisas clínicas[6].

A Escala de Hamilton para Avaliação da Ansiedade – HAM–A, compreende 14 grupos de sintomas, subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Para elaboração da análise dos resultados deste estudo, chamamos de ansiedade psíquica o grupo de sintomas de humor ansioso e ansiedade somática, o grupo de sintomas físicos respectivamente. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0= ausente; 2= leve; 3 = média; 4 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Sua elaboração baseou-se no princípio de que quanto mais grave for a manifestação de uma patologia, maior será o número de sintomas característicos que se apresentam. Se o número de sintomas for relativamente alto, a contagem dos sintomas torna-se um instrumento quantificador útil, confiável e de boa validade[7]. A escala é adequada a este estudo, pois foi elaborada para medir a gravidade do nível de ansiedade, sendo aceita como um excelente instrumento para determinar a eficácia relativa de vários tratamentos. Desde 1959, data da elaboração da Escala de Ansiedade de Hamilton, ela é mundialmente uma das mais empregadas no meio psiquiátrico[8].

A aplicação da escala HAM–A ocorreu antes e depois da intervenção, para verificarmos como estava o nível de ansiedade das mulheres ao iniciarem o tratamento grupal, bem como comparamos as modificações ocorridas após a terapia grupal.

Ressaltamos que, em obediência aos preceitos éticos definidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, antes de ser iniciada, a pesquisa teve seu projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e aprovado segundo o Parecer 207/02 do Comitê de Ética em Pesquisa.

Utilizamos a gestalt-terapia, que é um processo que se centra em facilitar ao cliente o dar-se conta do mundo existencial presente no aqui e no agora que o rodeia. A experiência imediata – vivência imediata - representa o momento de entrada na realidade, contém a chave do passado e do futuro e responde às questões mais sutis de como o tempo se concretiza e o espaço se temporaliza. A abordagem gestáltica está atenta a duas coisas: aos limites freqüentes e necessários para que a pessoa possa se situar no mundo, não se violentando, e à sua criatividade, ensinando-a a lidar consigo própria, de modo a encontrar dentro de sua realidade total a resposta efetiva às suas perguntas[9,10,11].

Ainda adotamos o grupo de técnicas de relaxamento mais usado, desenvolvido por Jacobson, o Relaxamento Muscular Progressivo – RMP. No contexto do RMP, a pessoa é orientada a aprender sistematicamente a perceber e avaliar as tensões nos diversos grupos musculares, criando um relaxamento profundo[12,13].

Os grupos de apoio são caracterizados como tendo objetivos previamente determinados, formados por pessoas com diagnósticos clínicos ou situações interpessoas relativamente semelhantes e dirigido por um coordenador que oferece sugestões e apoio nas situações específicas vivenciadas pelos participantes do grupo.

O grupo terapêutico de apoio desenvolvido para este estudo, ocorreu no período de junho a setembro de 2003. O tipo de grupo desenvolvido foi do tipo fechado e de curta duração[9]. Antes de iniciarmos a terapia grupal, foi aplicada a HAM-A, como pré-teste para avaliarmos como as mulheres chegaram ao grupo. Cada sessão foi realizada às segundas-feiras no período da tarde, com duração média de duas horas. As sessões de grupos de gestalt-terapia costumam ter de uma hora e meia a três horas de duração e, em média, duas horas, com no máximo dez participantes[9,10].

No início da primeira sessão de grupo lemos e esclarecemos as dúvidas das participantes sobre o Contrato Terapêutico. Neste estavam previstos: realização de uma sessão grupal por semana, em dia, horário e local previamente definidos, durante quatro meses, perfazendo 16 sessões; liberdade de cada mulher para deixar o grupo se o desejasse, em qualquer tempo; ao término das 16 sessões, cessariam os procedimentos adicionais destinados à coleta de dados e o

grupo teria continuidade até completar seis meses, a contar do início da data da primeira sessão; após esse tempo, as mulheres seriam encaminhadas ao outro grupo coordenado pela pesquisadora ou a outros grupos em curso no serviço. O Contrato Terapêutico foi acatado e assinado por todas elas. Após as 16 sessões previstas foi feita outra avaliação do nível de ansiedade das mulheres, aplicando novamente a HAM-A, agora na forma de pós-teste. Essa avaliação foi realizada pela quarta autora deste estudo.

Todas as sessões de grupo foram organizadas em cinco momentos: Acolhimento, Encontro com o Corpo (usamos técnicas de relaxamento), Arte-terapia (utilizamos recursos de arte), Verbalização das Emoções e Avaliação da Sessão. Alguns aspectos teóricos nortearam essa estruturação das sessões e serviram de suporte à análise dos resultados.

Com a utilização da HAM-A foi possível verificar como estava o nível de ansiedade das mulheres ao iniciarem o grupo e as modificações ocorridas após a utilização das técnicas. Os resultados foram mensurados por meio da escala que tem quatro escores, desde o ponto zero(0)onde o sintoma está ausente, até o ponto quatro (4), onde o sintoma pode chegar a ser incapacitante, passando por pontos intermediários(2)de intensidade média e (3)intensidade forte.

A fim de proceder às comparações das respostas *antes* e *depois* do grupo foram realizadas para cada uma das respostas o teste estatístico utilizado nas médias das variáveis ordinais[14] foi o teste "*z*" de Wilcoxon para amostras dependentes[15], adotando-se o nível de significância de 0,05.

Os dados resultantes da aplicação HAM-A foram agrupados em quadros, recorrendo-se ao método comparativo de análise, tendo como referência as manifestações apresentadas inicialmente e ao final pelas mulheres, a fim de avaliar a ocorrência de efeitos terapêuticos relacionados com a terapia de grupo[16,17,].

RESULTADOS

Iniciamos o grupo com 18 mulheres e ao longo dos quatro meses de acompanhamento 11 voltaram ao CAPS para consulta com o psiquiatra e solicitação de prescrição de psicótropicos. O grupo foi finalizado após a 16ª. sessão, com sete mulheres, isto é, mais de 50% das mulheres que decidiram participar do grupo sem o uso de medicamentos, não conseguiram buscar qualidade de vida de forma natural, indo ao que culturalmente já é esperado em nossa sociedade de consumo, o imediatismo de alívio que o psicótropico propicia ao sofrimento mental.

Os resultados deste estudo foram coletados a partir das sete mulheres que começaram e terminaram a terapia grupal antes e após as 16 sessões grupais.

Para demonstrar os efeitos do grupo no acompanhamento às mulheres com transtornos de ansiedade, antes e depois dos quatro meses de assistência grupal, analisamos os resultados da HAM-A e que se encontram consolidados nos Quadros1e 2.

QUADRO 1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS RESPOSTAS ANTES E DEPOIS DO GRUPO

Item	Média		Z de Wilcoxon	∠
	Antes	Depois		
1 Humor ansioso	2,43	0,29	2,26	0,024
2 Tensão	2,71	0,57	2,39	0,017
3 Medo	2,14	0,17	2,23	0,026
4 Insônia	1,90	0,17	2,26	0,024
5 Dificuldades Intelectuais	2,30	0,17	2,22	0,026
6 Humor deprimido	1,71	0,71	1,89	0,059
7 Somatizações motoras	2,43	0,29	2,24	0,025
8 Somatizações sensoriais	1,90	0,43	2,06	0,039
9 Sintomas cardiovasculares	1,60	0,14	1,86	0,063
10 Sintomas respiratórios	2,30	0,29	2,40	0,016
11 Sintomas gastrintestinais	2,30	0,17	2,40	0,016
12 Sintomas geniturinários	1,60	0,57	1,63	0,102
13 Sintomas neurovegetativos	2,60	0,29	2,46	0,014
14 Comportamento na entrevista	1,60	0,14	2,87	0,023
Parâmetro (média geral)	2,09	0, 43	2,23	0,018

Significativo para $p < 0,05$

De acordo com o Quadro 1, ocorreu mudança significativa ($z=2,23$; $p<0,018$) na média geral dos itens: antes do grupo a média era de 2,09 e depois 0,43. Esse resultado demonstra que, de um modo geral, a intervenção na forma

de grupo favoreceu a redução do nível de ansiedade das mulheres que participaram do estudo.

QUADRO 2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS SINTOMAS ANTES E DEPOIS DO GRUPO, SEGUNDO GRUPOS DE ITENS

Grupos de Itens	Média		Z de Wilcoxon	⇨ ⇨
	Antes	Depois		
Ansiedade psíquica	2,10	0,49	2,38	0,018
Ansiedade somática	2,16	0,37	2,38	0,018
Todos os 14 itens	2,09	0,43	2,37	0,018

Significativo para $p < 0,05$

No Quadro 2 podemos observar que tanto a intensidade da ansiedade psíquica como da somática diminuiu de maneira significativa depois do grupo (p= 0,018). Quando analisados todos os 14 itens da HAM-A o grupo apresentou média de 2,09, antes do início das sessões grupais, podendo-se inferir que as participantes tinham ansiedade de intensidade média. Após a intervenção grupal, os sintomas tornaram-se praticamente ausentes, pois aquela média que antes foi 2,09 diminuiu para apenas 0,43 (p=0,018).

DISCUSSÃO

Dos 14 itens da HAM-A(Quadro 1), as diferenças das médias antes e depois do grupo *Humor deprimido*, *sintomas cardiovasculares* e *geniturinários* não foram estatisticamente significativas. Por um lado isso pode significar uma limitação da abordagem terapêutica de grupo. Mas vale salientar que nem sempre as pessoas portadoras de algum transtorno ansioso apresentam alterações no sistema cardiovascular, não havendo como diminuí-los. Quanto aos sintomas geniturinários, tanto eles podem ou não estar presentes nas pessoas com transtornos de ansiedade como há também outros fatores que podem desencadear esses sintomas, como idade, constituição física, entre outras, que não se relacionam somente a alterações somáticas vinculadas a um transtorno de ansiedade.

Quanto à diferença apresentada no grupo *Humor ansioso* (p=0,024), esse resultado indica que houve redução de sintomas como inquietação, temor do pior, irritabilidade com os familiares.

Sobre o grupo *Insônia* a média que antes era de 1,90 mudou para 0,17 (p=0,024). Atribuímos isso ao fato de que as mulheres aprendiam, nas sessões de grupo, algumas técnicas de respiração profunda e de relaxamento breve e que passaram a praticá-las antes de tentarem dormir. Posteriormente elas passaram a verbalizar que houve algum aumento das horas de sono na noite e a conseqüente redução da insônia que gerava fadiga durante o dia e a associar esse aumento das horas de sono com melhora na qualidade de vida e mais serenidade no contacto com os familiares e amigos.

Houve, ainda, diminuição das médias dos sintomas (antes e depois) nos itens *Medo* (p=0,026) e *Dificuldades intelectuais* (p=0,026). O medo é uma barreira que nos impede de alcançar nossos objetivos em qualquer setor de nossa vida. Suas verbalizações indicaram que houve melhora quando realizavam leituras e mais concentração nos assuntos que lhe interessavam. Também referiram melhora quando realizavam leituras e que a memória tornou-se mais ativa, possibilitando-lhes rememorar situações que dificilmente conseguiam resgatar. Atribuímos esses resultados, em parte, ao fato de que as técnicas de arte-terapia podem ter proporcionado experimentar tranqüilidade no pensar e agir, livres de críticas, deixando-as mais criativas e menos temerosas.

Quanto aos itens *Sintomas respiratórios e Sintomas gastrintestinais* houve, também, redução das médias após a intervenção grupal (p=0,016 para os dois sintomas). No pós-teste com a HAM-A as participantes afirmaram que houve redução significativa quanto à sensação de constrição ou contração da garganta e respiração suspirosa. Duas das mulheres relataram que sofriam de plenitude gástrica, náusea, azia queimação no estômago, todavia, ao final do grupo descreveram que esses sintomas desapareceram por completo.

Sobre o item *Tensão* as mulheres iniciaram o grupo com média correspondente a 2,71. Após a intervenção grupal essa média passou para 0,57 (p=0,017). Isso significou a redução ou ausência de sintomas como sensação de fadiga ao realizarem tarefas domésticas, choro fácil, tremores, incapacidade de relaxar e agitação. Vale ressaltar que tais sintomas são passíveis de significativas melhoras apenas pelo uso intencional de técnicas simples de relaxamento e de

respiração, recursos acessíveis a um grande número de pessoas e medidas saudáveis para reduzir o estresse diário.

Uma equipe de pesquisadores psicofisiologistas em Harvard demonstrou que nas pessoas praticantes de relaxamento, o corpo é menos receptivo ao hormônio do estresse, a noradrenalina. Essa resposta de relaxamento se assemelha a uma classe de betabloqueadores utilizada no tratamento dos sintomas das doenças relacionadas ao estresse, os alfa e o betabloqueadores. Assim, o relaxamento pode ser uma forma natural de obter o mesmo tipo de efeito benéfico sem os efeitos colaterais das medicações[18].

No item *Somatização motora*, as mulheres antes de iniciarem o grupo, tinham média 2,43, a qual, ao final passou para 0,29 (p=0,025). Na primeira avaliação com HAM-A a maioria das mulheres referiu apresentar dores musculares no pescoço, e sensação de corpo dolorido à noite, fazendo com que tivessem dificuldade de adormecer. Ao final da pesquisa os sintomas já não se manifestavam.

O relaxamento muscular progressivo (RMP) é um auxiliar importante em casos de transtorno de ansiedade – pânico e fobias. As vantagens da utilização do RMP estão no fato de que a pessoa poderá desenvolver padrões habituais de relaxamento, que servem à redução dos efeitos do estresse e da ansiedade, sendo que os benefícios de seu uso são cumulativos[12, 13].

Com relação ao item *Somatizações sensoriais*, antes do início das sessões a média encontrada foi de intensidade 1,90 e ao final delas mudou para 0,43 (p=0,039), havendo redução ou ausência de sintomas como sensação de fraqueza, indisposição para o trabalho e formigamento nos membros superiores e inferiores.

Quanto aos *Sintomas neurovegetativos*, antes das sessões de grupo a média era 2,6, que, ao final, diminuiu para apenas 0,29 (p= 0,014). Na primeira avaliação com a HAM-A a maioria das mulheres referiu sentir tonturas e/ou cefaléia, sintomas que interferiam em seu cotidiano de trabalho doméstico ou de trabalho fora do lar. Ao término da pesquisa tais queixas praticamente deixaram de existir, possibilitando melhor qualidade de vida às participantes.

No item *Comportamento na entrevista*, antes do início do grupo, a média encontrada foi 1,6. Esse valor representa que as mulheres estavam moderadamente ansiosas antes de iniciarem a participação no grupo terapêutico. Após a segunda aplicação da HAM-A na última sessão, a média baixou para 0,14 (p=0,023), As sessões dessa fase foram muito produtivas quanto ao processo terapêutico individual e do grupo. A riqueza das falas e de interações entre as participantes puseram em evidência a redução significativa dos sintomas de ansiedade, em comparação ao que ocorria nas primeiras sessões, o que pode ser atribuído ao sucesso da estratégia de terapia grupal para desenvolver o sentido de pertença que gera segurança e conseqüentemente reduz a sensação de ansiedade.

Ainda do Quadro 2 podemos resgatar para discutir a avaliação dos itens correspondentes ao agrupamento denominado *Ansiedade psíquica*, *Ansiedade somática*, além do que corresponde aos 14 itens constantes da HAM-A.

Ao se comparar a ansiedade psíquica com a ansiedade somática, antes do grupo, não se verificou diferença estatisticamente significativa (p=0733). Também, as médias entre essas duas ansiedades não foram diferentes, após as sessões em grupo (p=0,285). Esses resultados mostram e reforçam o valor terapêutico do grupo, como também parecem indicar que a utilização de técnicas de respiração e relaxamento potencializa mais ainda seu efeito terapêutico. É importante enfatizar que as participantes deste estudo nunca haviam se submetido a algum processo terapêutico grupal ou individual.

Uma das vantagens da abordagem grupal é atender a um maior número de pessoas ao mesmo tempo e com um custo reduzido de recursos, seja profissionais ou materiais. Assim, o grupo terapêutico pode satisfazer a uma população maior de pessoas que buscam a rede básica de atenção. Destacamos que as participantes se beneficiaram do tratamento grupal aliviando comprovadamente o nível de ansiedade antes observado e posterior ao grupo realizado.

CONCLUSÕES

Concluímos que, ao desenvolvermos um grupo terapêutico utilizando como recursos o relaxamento e arteterapia, houve redução da ansiedade nas participantes. É importante destacar que as participantes não haviam se submetido a algum processo terapêutico grupal que pudesse alterar o nível de ansiedade.

Comprovamos nesta pesquisa que o nível de ansiedade das mulheres acompanhadas através da abordagem

grupal, teve redução significativa quanto aos sintomas que haviam se mostrado como características determinantes para seu sofrimento psíquico.

Verificamos que os transtornos de ansiedade das mulheres, utilizando-se a HAM-A, diminuíram após as sessões de grupo (média antes=2,09; média depois=043; p=0,018). Essa diferença foi verificada em 11 dos 14 itens que compõem a HAM-A. Não houve diferença apenas nos itens humor deprimido (p=0,059), sintomas cardiovasculares (p=0,063) e sintomas geniturinários (p=0,102).

Encontramos diferença entre as médias de ansiedade psíquica antes e depois (p=0,018), bem como de ansiedade somática antes e depois (p=0,018).

É possível que os resultados mostrados nos Quadros 1 e 2, quanto à redução dos níveis de ansiedade das participantes, se devam, em princípio, à abordagem grupal e à prática da substituição de imagens desagradáveis por imagens tranqüilas e relaxantes e pela prática de atividades que estimularam a busca de comportamentos saudáveis para valorização de viver o momento presente. Algumas mudanças psicológicas e comportamentais que ocorreram puderam fazer com que estas mulheres liberassem endorfirnas para melhor aproveitamento de seu potencial como ser humano.

Há na literatura sobre grupos, relato de experiência da atuação da enfermeira[19] quanto aos efeitos terapêuticos obtidos com a abordagem grupal e a utilização de relaxamento com adolescentes. Ali se evidencia o grupo como um espaço propício para a aprendizagem e resgate da auto-estima e o uso de técnicas de relaxamento facilitando a descrição dos sentimentos vividos pelos participantes do grupo.

O grupo constitui-se espaço terapêutico ao possibilitar a atuação de determinados fatores que ajudam o indivíduo em sua tomada de consciência como ser social, o que o aproxima da gestalt-terapia de curta duração, processo por meio do qual os integrantes do grupo e seu coordenador promovem ações nas quais o grupo como um todo repensa seu caminho, tenta soluções práticas e imediatas para seus problemas, criando formas de agir, de maneira clara, espontânea e decisiva.

Apenas sete mulheres chegaram até o final da pesquisa. Constatamos, ainda, através de consulta aos prontuários depois deste estudo, que as 11 mulheres que desistiram, em sua maioria, buscaram novamente o psiquiatra e passaram a fazer uso de medicação ansiolítica. Sobre isto vale referir que o ansiolítico ainda é um atrativo para remissão dos sintomas dos transtornos de ansiedade por ser de fácil uso, eficácia mais rápida, permite uso contínuo e há facilidade de ser recebido sem nenhum ônus nas farmácias da rede básica de saúde.

É importante destacar que mesmo que o número de mulheres que chegaram ao final da pesquisa tenha sido inferior a 50% das que começaram o grupo, os resultados mostraram que os efeitos do grupo foram visíveis na vida das que aderiram à abordagem grupal.

REFERÊNCIAS

1. Cabrera CC, Sponholz JR. A ansiedade e insônia. In.: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
3. Stuart G. Respostas de ansiedade e transtornos de ansiedade. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 305-30.
4. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating.Br J Med Psych,1959; 32:50-5.
5. Banaco RA. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: Kerbauy RR, Wielenska RC, organizadores. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Santo André: ARBytes; 1999. v. 4. p. 75-82.
6. Nardi A . E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade Rev Psiquiatr Clin, 1998; 25(6):331-3. Edição Especial.
7. Ito LM, Ramos RT. Escalas de avaliação de ansiedade Rev Psiq Clin, 1998; 25(6): 294-302. Edição Especial.
8. Sougey EB. As escalas de avaliação nos ensaios clínicos com benzodiazepinicos – A propósito da escala de ansiedade de Hamilton. J Bras Psiquiatr 1987; 36(1):49-53.
9. Ribeiro JP. Gestalt-terapia de curta duração. São Paulo: Summus; 1999.

10. Ribeiro J P. Gestalt-terapia: refazendo um caminho. São Paulo: Summus; 1985
11. Yontef GM. Processo, dialógo e awareness. Ensaios em gestalt-terapia São Paulo: Summus; 1998.
12. Davis M, Eshelman ER, McKay M. Manual de relaxamento e redução do stresse. São Paulo: Summus; 1996.
13. Marlatt AG, Gordon JR. Prevenção de recaídas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.
15. Siegel S. Estatística não-paramétrica. São Paulo: McGraw Hill; 1989.
16. Yalom ID. The Theory and practice of group psychotherapy. New York: BasicBooks; 1975.
17. Loomis ME. Group process for nurses. Saint Louis: Mosby; 1979.
18. Benson H. A resposta de relaxamento. In: Goleman D, Gurin J, organizadores. Equilíbrio mente / corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p. 203-22.
19. Moraes LMP, Braga VAB. Uso do relaxamento como objeto de pesquisa: um relato de experiência com adolescentes. Rev.RENE, 2005 jan/abr; 6(1):103-11.

RECEBIDO: 26/06/2007
ACEITO: 08/01/2008

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE POR PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

EXPERIENCE OF THE SEXUALITY BY PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY

VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD POR PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR

KARENINE MARIA HOLANDA CAVALCANTE[1]
ZUÍLA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO[2]
ISLENE VICTOR BARBOSA[3]
GYSELLE AGOSTINHO ROLIM[4]

Este estudo objetiva compreender a vivência da sexualidade por portadores de lesão medular. Os sujeitos deste estudo foram 10 pessoas com lesão medular, homens e mulheres, com paraplegia e tetraplegia. Os dados foram coletados através de visita domiciliar, utilizando-se uma entrevista semi-estruturada. Os dados foram organizados conforme as etapas de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostram que o método mais difundido entre os homens entrevistados para a aquisição de uma ereção satisfatória é o uso de medicamentos orais ou injetáveis. Entre as mulheres, a técnica citada para seu benefício na relação sexual foi o uso de lubrificantes. Os sujeitos pesquisados citaram posições aprendidas que possibilitam uma melhor performance sexual. Percebe-se que é fundamental para a satisfação da sexualidade, como uma necessidade humana, que essas pessoas tenham acesso ao conhecimento e à utilização de técnicas adequadas.

PALAVRAS-CHAVE: Sexo; Reprodução; Traumatismos da medula espinal; Enfermagem.

This study aims at understanding the experience of sexuality by people with spinal cord injury. 10 people with spinal cord injury participated in this study. They were men and women, with paraplegia and tetraplegia. The data were collected by domiciliary visit, using a half-structuralized interview. The data were organized according to the steps of analyzing content of Bardin. The results show that the most appropriate method among the men interviewed for the acquisition of a satisfactory erection is the oral or injectable use of medicine. Among the women, the better technique related for their benefit in the sexual relation was the use of a lubricant. The researched people mentioned some positions that facilitate the sexual performance. It is noticeable that it is basic for the satisfaction of sexuality as a human necessity, that these people have access to knowledge and the use of appropriate techniques.

KEYWORDS: Sex; Reproduction; Spinal cord injury; Nursing.

La finalidad de este estudio es comprender la vivencia de la sexualidad en los portadores de lesión medular. Los sujetos de este estudio fueron 10 personas con lesión medular, hombres y mujeres, con paraplejías. Los datos fueron recogidos a través de visita domiciliar, utilizándose una entrevista estructurada en parte. Los datos fueron organizados de acuerdo a las etapas de análisis de contenido de Bardin. Los resultados muestran que el método más difundido entre los hombres entrevistados para la adquisición de una erección satisfactoria es el uso de medicamentos orales o inyectables. Entre las mujeres, la técnica citada para su beneficio en la relación sexual fue el uso de lubricantes. Los sujetos investigados citaron posiciones aprendidas que posibilitan un mejor desempeño sexual. Se percibe que es fundamental para la satisfacción de la sexualidad, como una necesidad humana, que esas personas tengan acceso al conocimiento y la utilización de técnicas adecuadas.

PALABRAS CLAVE: Sexo; Reproducción; Traumatismos de la medula espinal; Enfermería.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFC. Membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica-NUPEN/UFC. E-mail: kareninemaria@yahoo.com.br

[2] Enfermeira pós-doutorada em Enfermagem pela Universidade Nova Lisboa - Portugal. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFC Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica-NUPEN/UFC. E-mail: zmfca@fortalnet.com.br

[3] Enfermeira da Unidade Neurológica do Instituto Dr. José Frota. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFC. Professora da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica-NUPEN/UFC. E-mail: islene@terra.com.br

[4] Enfermeira. Membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica-NUPEN/UFC.

INTRODUÇÃO

Devido ao crescimento de episódios de violência urbana, como acidentes de trânsito e agressões por arma de fogo, o número de cidadãos que enfrenta o sofrimento e as limitações conseqüentes à lesão medular é fato alarmante no mundo atual.

Desse modo, tanto no Brasil como no exterior, a lesão medular traumática tem sido considerada um problema de saúde pública. Embora não haja dados epidemiológicos nacionais organizados, nos Estados Unidos, a incidência de traumatismos raquimedulares (TRM) varia entre 28 e 55 casos por milhão de pessoas com aproximadamente 10.000 casos novos por ano, dentre os quais, 55% são paraplégicos e 44% são tetraplégicos. Dependendo de fatores como nível da lesão, idade e complexidade das lesões associadas, a mortalidade por TRM pode variar entre 7% e 36%[1].

A partir dos anos 90, houve um importante aumento no número de pesquisas de enfermagem voltadas para a assistência especializada na reabilitação de pessoas com lesão medular[2]. Estudos vêm pesquisando conseqüências da lesão para o sujeito e seu meio social, e ainda expectativas de progresso em um programa de reabilitação[3]. O TRM é uma das principais causas de seqüelas graves em paciente politraumatizado. Poucas doenças ou lesões têm o potencial de gerar efeitos tão devastadores na vida e qualidade de vida como uma lesão na medula espinhal[4,5].

Por isso, após qualquer tipo de lesão raquimedular, a pessoa precisará enfrentar um processo de reabilitação detalhado para que possa readquirir a capacidade de realizar suas atividades de vida, e viver de maneira independente. O processo de reabilitação estimula o cliente a se adaptar à sua incapacidade, utilizando suas habilidades e recursos adequados para manter uma boa qualidade de vida, independência e auto-respeito.

Devido à complexidade da lesão medular, a pessoa demanda assistência específica e equipe interdisciplinar, para atuar nas dimensões social, psicológica e física, assegurando o cuidado holístico e contínuo[6,7].

A enfermagem tem em sua essência o cuidar. Para Florence Nightingale, em 1958, a meta da enfermagem era colocar a pessoa cuidada na melhor condição para que a natureza pudesse agir sobre ela[8].

Maia, Leite e Moreira[9] colocam que cuidar de pessoas que possuem doenças crônicas envolve parceria entre indivíduo/profissional da saúde/família, e acrescentam que é necessário uma adequação do tratamento ao contexto pessoal, interpessoal e social envolvido. Portanto, o enfermeiro tem como um de seus papéis envolver e servir de ligação entre a pessoa cuidada, a família, a sociedade e uma equipe multidisciplinar, no processo de reabilitação.

A sociedade deve ser instruída e munida de artifícios que integrem sem preconceitos e visões retrógradas a vida social que um portador de lesão medular tem direito. O meio ambiente deve se adaptar à pessoa, assim como, a própria pessoa ao meio. Além disso, a família, como base de sustentação, precisa apoiar e incentivar a pessoa para que tenha independência e aceitação.

A enfermagem, como profissão do cuidar, tem necessidade de que seus profissionais, além de possuírem conhecimento científico adequado e uma boa capacitação, também sejam altruístas e vejam os clientes como seres holísticos, sendo empáticos com os mesmos. O enfermeiro envolvido na reabilitação deve ouvir pacientemente as queixas e angústias do cliente e esclarecer com seriedade suas dúvidas. Muitas vezes os clientes enfrentam maior dificuldade em adaptar-se à sua realidade devido à falta de orientações, por isso, um dos principais papéis do enfermeiro é ensinar os conhecimentos necessários à reabilitação.

Existem necessidades que devem ser atendidas para todo ser humano como o sono, respiração, mobilidade, nutrição, eliminação, comunicação e sexualidade, entre outras. Todas essas necessidades são indispensáveis para qualquer pessoa, inclusive para a portadora de TRM.

A expressão da sexualidade é uma dimensão muito importante do ser humano pois envolve personalidade e comportamento, de modo que a feminilidade e a masculinidade são expressas não só no aspecto físico, mas também psicológico e comportamental, como no estilo de vestuário, na comunicação verbal e não verbal e nos papéis assumidos na família e na sociedade[10].

A deficiência física não neutraliza a sexualidade, a função sexual é parte integrante da vida de uma pessoa e seu exercício rejuvenesce o ego[11]. Como a sexualidade faz parte da existência do indivíduo, se faz necessária a conscientização do profissional de enfermagem acerca dessa problemática.

O enfermeiro deve conhecer e orientar as pessoas portadoras de lesão medular sobre os reais problemas sexuais conseqüentes desse agravo e, ainda, discutir as possibilidades existentes para superar as dificuldades.

A atividade sexual é fundamental não só para a reprodução mas também para a auto-satisfação. A pessoa que sofreu lesão raquimedular deve ser encorajada e apoiada a restabelecer suas funções sexuais.

Em um estudo realizado por Carvalho[12] foi detectado que para muitos portadores de paraplegia o significado de ser paraplégico é ser um homem inutilizado, demonstrando uma acentuada preocupação no âmbito da sexualidade. Esse sentimento de impotência que acomete os paraplégicos, principalmente do sexo masculino, traz fortes desajustes fazendo com que ele sinta-se inferiorizado devido à imagem corporal defeituosa e inútil.

As alterações causadas na função sexual são dependentes do nível e do grau da lesão medular. Poderão ser observadas alterações na sensibilidade, redução na mesma; na ereção, dificuldade em fazê-la ou mantê-la; na ejaculação, que pode estar impedida ou tornar-se retrógrada; na fertilização, redução do número de espermas; na lubrificação, que pode estar diminuída; entre outros[4].

Existem diversas estratégias, graças aos avanços da ciência e da tecnologia, que visam facilitar o ato sexual e a fertilização entre os lesionados medulares. Essa variedade de técnicas permite a adequação às condições e necessidades de cada indivíduo, como no caso da disfunção erétil que pode se contornada por meio de medicamentos orais ou injetáveis, bomba de vácuo, ou implante cirúrgico de próteses.

Portanto, o enfermeiro deve compreender todo o processo e as alterações emocionais e físicas vivenciadas pela pessoa com lesão medular durante o retorno às atividades sexuais, para identificar, orientar e ajudar essas pessoas no enfrentamento e superação.

Diante disso, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de compreender a vivência da sexualidade por portadores de lesão medular. Buscando assim, proporcionar ferramentas para facilitar a abordagem do profissional que presta cuidado a essa clientela e um melhor direcionamento das orientações feitas. Espera-se também estimular os profissionais a incluir o cuidado acerca da sexualidade em seus planos e estimular o desenvolvimento de pesquisas na área.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo é do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem visa enfatizar a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos[13].

Os sujeitos do estudo foram 10 pessoas portadoras de lesão medular, sendo elas seis homens e três mulheres com paraplegia e um homem portador de tetraplegia. A seleção dos sujeitos foi feita pelo método "bola de neve", na qual os membros iniciais indicavam outras pessoas, permitindo a seleção de casos ricos de informações. O primeiro sujeito foi localizado por meio de um cadastro feito com os participantes das pesquisas realizadas pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica – NUPEN. Para participação na pesquisa foram consideradas as seguintes características: ser adulto, ter diagnóstico de lesão medular, residir na cidade de Fortaleza-CE, e ter no mínimo seis meses de lesão medular (a fim de que as pessoas já tivessem despertado para o retorno das atividades sexuais). Essa estratégia de seleção foi utilizada pela dificuldade de contato com essa clientela via instituição na cidade de Fortaleza-CE. O número de participantes foi definido no decorrer da coleta de dados à medida que foram alcançadas informações expressivas e suficientes ao alcance dos objetivos.

A coleta dos dados se deu através de visitas domiciliares com o desígnio de proporcionar um ambiente que promovesse liberdade, conforto e segurança aos sujeitos. Para coleta de dados realizou-se uma entrevista semiestruturada, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi gravada, mediante consentimento, para promover maior fidedignidade da reprodução do pensamento do entrevistado. O formulário da entrevista foi constituído por duas partes: a primeira com dados de caracterização do participante e de sua lesão medular, e a segunda, com questões relativas às estratégias conhecidas e às utilizadas para facilitar a realização do ato sexual e a reprodução, após o acometimento por uma lesão medular.

Os dados foram organizados conforme as etapas de análise de conteúdo de Bardin[14]. Na *pré- análise do conteúdo*, realizou-se uma leitura dos dados para promover uma maior clarificação. Na *exploração do material*, os

registros foram codificados e classificados, resultando nas seguintes categorias: Superando a disfunção erétil, Posições que facilitam a relação sexual, Efetivando a ejaculação para a fertilização, O problema da lubrificação no canal vaginal, e A fertilidade feminina. No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi feita, a partir das categorias obtidas, a análise descritivamente à luz da literatura sobre a temática.

Vale salientar que o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da UFC sendo este apreciado e deferido (Protocolo COMEPE nº 328/04). Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, de modo que a participação dos sujeitos foi livre, tendo sido mantido o anonimato dos participantes do estudo utilizando-se nomes fictícios por ocasião da publicação dos resultados, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[15].

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

Para facilitar a visualização e compreensão, foi construído um quadro com os dados da caracterização dos sujeitos.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS. N=9, FORTALEZA, CEARÁ.

	Sexo	Idade	Nível de instrução	Parceiro fixo antes da lesão	Parceiro fixo depois da lesão	Nível e grau da lesão	Etiologia da lesão	Tempo de lesão
E1	M	–	EF comp.	Sim	Não	T6 inc.	Infecção bacteriana	4a e 8m
E2	M	21	EM comp.	Não	Sim	T3 comp.	Acidente de carro	1a e 6m
E3	M	18	EM inc.	Não	Não	T8 comp.	Arma de fogo	1a e 5m
E4	M	36	EF inc.	Sim	Sim	T11 inc.	Infecção bacteriana	9a
E5	M	36	EM comp.	Sim	Sim	T9 comp.	Arma de fogo	2a
E6	F	24	ES comp.	Sim	Sim	T11/ T12	Queda de altura	9m
E7	M	36	EM inc.	Sim	Sim	C6/C7 inc.	Acidente de carro	11a
E8	F	45	EM comp.	Sim	Sim	T6/T7 comp.	Acidente de carro	9a
E9	M	44	ES comp.	Não	Sim	T4 comp.	Acidente de carro	23a
E10	F	55	EM comp.	Sim	Sim	T3/T4 imc.	Anestesia espinhal	24a

Legenda: E: entrevistado – M: masculino – F: feminino – EF: ensino fundamental – EM: ensino médio – ES: ensino superior – comp.: completo – inc.: incompleto – a: anos – m: meses – T: torácica – C: cervical

Sete dos participantes eram do sexo masculino e três do feminino. Conforme mostram estudos na área, os homens estão mais expostos ao risco de violência urbana e consequentemente a esse tipo de trauma. As idades variaram entre 18 e 55 anos, e um dos sujeitos não quis expor sua idade. A lesão medular atinge mais frequentemente a faixa etária de adolescentes e adultos jovens, que, em geral, participam do gerenciamento da casa e da família, fator esse que influencia no agravo dos conseqüentes transtornos na vida do acometido.

Antes de adquirir a lesão medular, sete tinham um companheiro fixo, dentre os quais, três mantiveram o relacionamento e quatro encerraram. É comum o desequilíbrio no relacionamento após transtornos graves, especialmente os que geram distúrbios sexuais como a lesão medular. Muitos conseguem enfrentar a situação de crise com união, porém outros não se adequam à nova situação, principalmente se o relacionamento é instável. Em um relacionamento complicado, uma inabilidade acrescenta estresse, levando à separação[16].

Dos dez entrevistados, apenas dois não possuíam um companheiro fixo no período da coleta dos dados do estudo, então cinco deles conheceram o companheiro(a) após o TRM. É possível que os relacionamentos formados após a lesão, quando o indivíduo acometido já se encontra com uma melhor auto-imagem e auto-estima, sejam mais "fortes" e estáveis. Nesse caso, o casal não irá enfrentar um processo de reabilitação, o parceiro já irá conhecê-lo com a deficiência e eles precisarão apenas de um processo de adaptação. Provavelmente há uma dificuldade muito maior para casais já formados aceitarem a realidade da lesão medular.

Quanto ao nível de escolaridade, dois tinham nível superior completo; quatro o ensino médio completo; três abandonaram os estudos, um no ensino médio e dois no ensino fundamental; e um deles estava cursando o segundo ano do

ensino médio. Os estudos de Carvalho et. al. e Santos[17,18] mostram que o evento baixa escolaridade é comum nas pessoas com lesão medular, fato que limita e dificulta o ensino-aprendizagem, assim como, a reabilitação desta clientela.

No que diz respeito à etiologia da lesão, o acidente automobilístico foi a origem da lesão medular de quatro pessoas; em duas pessoas a causa foi projétil de arma de fogo; duas, infecção bacteriana; uma pessoa, queda de altura e uma, erro médico ocasionado por anestesia espinhal. Entre as causa de TRM, o acidente automobilístico e a injúria por arma de fogo são apontadas como mais freqüentes, dados esses relatados por Nasi e Puertas et. al[19,20].

Apesar de a literatura[19, 21] colocar que os segmentos vertebrais mais afetados por trauma medular serem os da coluna cervical e os segmentos transicionais toracolombar, entre os participantes da pesquisa havia apenas um portador de lesão cervical e dois portadores de lesão nos segmentos transicionais toracolombar. Mesmo reconhecendo que a coluna torácica é pouco susceptível devido ao suporte dos arcos costais e do esterno, tal fato não foi observado entre os sujeitos do estudo. Sete sofreram lesão na coluna torácica, variando de T_3 a T_9. Contudo, é importante ressaltar que em dois dos sujeitos que possuem lesão na coluna torácica, a causa da lesão foi infecção bacteriana.

Com relação ao tempo de lesão observam-se períodos diversificados variando de nove meses a vinte e três anos. Este achado era esperado visto que um dos critérios de inclusão da amostra era ser portador de lesão medular há mais de seis meses.

Superando a disfunção erétil

As disfunções sexuais resultantes da lesão medular podem ser contornadas e solucionadas através de diferentes métodos. Diante disso, buscamos saber, pelos sujeitos da pesquisa, as técnicas utilizadas ou mesmo conhecidas que promovem uma melhora tanto na realização do ato sexual como no processo de reprodução.

Entre as dificuldades significativas para homens portadores de lesão medular na realização do ato sexual, está a disfunção erétil, que consequentemente também influencia o processo de fertilização. Em muitos casos a ereção não é suficiente para o coito ser completo. Em casos mais simples a ereção acontece apenas com a estimulação externa dos órgãos genitais. Algumas maneiras de estimulação, para serem aplicadas quando a estimulação aleatória não é eficaz, são colocadas pelos entrevistados:

> [...] uma lesão completa, por exemplo, o pênis tem que ser estimulado, e a pessoa tem que sempre manter o toque na base para que ele fique ereto." E1

> Conheço uma que é para prender a base do pênis com uma fita de borracha para ele ficar ereto pois o estímulo é na base do pênis e não na cabeça como todo mundo pensa...é o sangue que faz ele ficar ereto. E10

Nesse caso, apesar do conhecimento superficial, os sujeitos comentam acerca da técnica de estrangulamento, no qual após o sangue ser direcionado para o pênis, coloca-se na base algo que possa aprisionar o sangue, como é feito na técnica do cilindro a vácuo.

O cilindro a vácuo ou bomba de vácuo é um simples aparelho cilíndrico, no qual o pênis é introduzido e em seguida feito vácuo com uma bomba manual, o que direciona sangue para o pênis. Feito isso, coloca-se um anel de estrangulamento na base do pênis para a manutenção do sangue no pênis[22]. Quando a ereção tem qualidade inferior, estão disponíveis outros métodos e alguns medicamentos.

Compreendemos que o método mais difundido entre os entrevistados para a aquisição de uma ereção satisfatória é o uso de medicamentos orais ou injetáveis:

> [...] é umas gravata, é injeção, é uns comprimido, é um estímulo num sei [...]. E5

> [...] dos homens eu lembro que foi mencionado o uso de remédios pra ajudar a ter ereção [...]...se não até tomar Viagra. E8

> Conversando com uns colegas meu tinha uns medicamentos que eles falavam que era histamina e papaverina mas só que era injetável e eu nunca fui atrás [...]mesmo hoje a gente vê que o homem só fica sem ereção se quiser, por-

> que existe tratamento o mais diversificado possível, com drogas como o Viagra e tem outras também, tem drogas pra manter ereto, além das próteses que eles fazem hoje. E9

Os medicamentos injetáveis utilizados são substâncias vasoativas, aplicadas na raiz do pênis. As substâncias injetadas podem ser: papaverina, fentolamina e prostaglandinas. Elas provocam vasodilatação e conseqüentemente ereção. Semelhante processo também ocorre com o uso do medicamento oral Citrato de sildenafil[22,23].

Uma alternativa pouco citada pelos entrevistados e utilizada quando falham as mais simples é o implante cirúrgico de prótese no pênis. As próteses podem ser rígidas ou infláveis. A rígida proporciona ereção constante, porém devido a sua maleabilidade pode ser posicionada de acordo com as necessidades. A prótese inflável proporciona ereção de acordo com o comando da pessoa[22,24].

O método mais adequado para cada cliente é determinado pelo médico levando em consideração todos os riscos e benefícios, além das circunstâncias e interesses do cliente.

Toda técnica tem suas vantagens e desvantagens. E9 em seus discursos fez uma advertência quanto ao Sildenafil:

> O problema do Viagra é se você tiver problema de coração, porque o Viagra trabalha a circulação sanguínea, porque o pênis fica ereto quando enche de sangue, aí o Viagra agita muito, se o coração não agüentar, tiver algum problema, ele pode morrer.

Algumas técnicas podem ser eliminadas como possibilidade devido ao alto custo. Outras podem trazer prejuízos a longo prazo por causar lesões no pênis, como os medicamentos injetáveis. Também acontece de a pessoa perder qualquer ereção natural que possuía caso implante uma prótese no pênis, devido à destruição mecânica de estruturas do pênis. Por isso, essas e muitas outras desvantagens devem ser analisadas cautelosamente, objetivando a satisfação e saúde do cliente.

Posições que facilitam a relação sexual

Os sujeitos pesquisados citaram posições aprendidas que possibilitam uma melhor performance sexual:

> A pessoa na cadeira, a pessoa fica bem na ponta da cadeira que penetra mais direito. E a outra é na cama: o homem se deita na cama e a mulher em cima. E3

> Eles ensinam as posições, tem um monte de técnica que eles ensinam para lesado medular [...]. E5

As posições aconselhadas podem ser com o homem por cima; com a mulher por cima (ajoelhada, sentada ou deitada em decúbito dorsal ou ventral); lado a lado, podendo ser o contato com a mulher por frente ou por trás; sentados na cadeira de rodas (com contato por frente ou por trás) e diversas outras, desde que o parceiro comprometido fique estabilizado, ou por baixo ou sentado[22].

Efetivando a ejaculação para a fertilização

Os homens entrevistados também demonstraram conhecimento sobre o aspecto da fertilização do lesionado medular que envolve a emissão e a ejaculação. Já que eles têm a emissão e a ejaculação alteradas pela lesão, fazem-se necessárias técnicas para sua obtenção ou melhora:

> A técnica que me ensinaram se a pessoa quiser engravidar só é isso, a estimulação com o vibrador se você encostar abaixo do pênis fica ereto aí já na hora bota na vagina da mulher. E4

Esse método citado por E4 é bastante simples e é frequentemente utilizado por pessoas que não conseguem ejacular normalmente. É colocado um vibrador na glande do pênis para estimular o reflexo da ejaculação.

A ejaculação ainda pode ser conseguida por estimulação elétrica da próstata, vesícula seminal e vasos deferentes através de um cabo elétrico introduzido no reto. Todavia, o esperma também pode ser obtido retirando-se diretamente dos testículos com seringa[24].

Depois de adquirido o esperma, pode-se fazer uma inseminação artificial caseira, colocando-se diretamente no canal vaginal através de uma seringa, ou laboratorial, a qual tem mais custo, porém é mais eficaz. A inseminação artificial é amplamente conhecida entre os entrevistados:

> [...] pra engravidar a companheira, só inseminação artificial, até agora é o mais provável. Só que hoje em dia é caro, né?! E2

> [...] eu to pensando em congelar, guardar num banco de congelamento. Porque se não o tempo vai passando, quem tem lesão...e vai perdendo as chances de ter filho. Eu gozo, o canal fica cheio aí vai saindo devagarzinho, principalmente quando a pessoa sai, a pessoa sai que a ereção cai aí ele vai saindo. Aí é só você puxar com a seringa ou se você ficar com a penetração, não tirar, esperar ele perder a ereção dentro de você, pronto, ela sai, fica em você [...]. E7

Quando a inseminação não resulta em gravidez, a fertilização também pode ser efetuada pela fertilização *in vitro.* Na fertilização *in vitro,* o espermatozóide e o óvulo são colocados em um tubo de ensaio e após a fertilização são introduzidos no útero.

O problema da lubrificação no canal vaginal

Entre as mulheres, a técnica citada para benefício delas na relação sexual foi o uso de lubrificantes durante o intercurso sexual:

> [...] na relação sexual é tipo colocar um lubrificantezinho porque a vagina fica mais seca, não fica tão lubrificada. E6

> [...] com relação ao uso de lubrificante no caso de mulheres que não tem tanta facilidade, que a gente poderia usar até o mesmo que a gente usa pra fazer o cateterismo [...] pra de repente não irritar tanto o cana. E8

A mulher com lesão medular em geral apresenta redução da secreção no canal vaginal, o que pode resultar em dificuldade na penetração ou mesmo ferimentos. Entretanto, tal problema pode ser facilmente solucionado com o simples uso de lubrificantes como geléias, cremes, ou camisinhas lubrificadas[22].

E8 enfatizou bastante a importância das carícias feitas pelo parceiro. Ela menciona que isso é essencial para sua lubrificação e bom desempenho sexual:

> [...] Agora eu acho que é devido à preparação, é o namoro, são os carinhos, aquilo tudo que quando vem acontecer...

Como o desempenho sexual é diretamente influenciado pelo estado psicológico, principalmente para as mulheres, por serem, em geral, mais sensíveis, é fundamental que estejam relaxadas e sentindo-se à vontade durante o intercurso sexual, facilitando, assim, as respostas hormonais e autonômicas.

A fertilidade feminina

Quanto à fertilidade da mulher portadora de lesão medular, podemos entender pelas palavras de E6:

> Eu já procurei saber, é normal, a fertilidade da mulher não muda e do mesmo jeito que ela podia ter filho antes ela pode ter filho agora e inclusive ter parto normal. Foi só isso mesmo.

A fertilidade e o processo de fertilização não estão alterados na mulher portadora de lesão medular. Assim, ela poderá engravidar normalmente desde que tenha acompanhamento e receba orientações adequadas sobre os cuidados especiais necessários para uma gravidez tranqüila, que são praticamente os mesmos de uma mulher com lesão medular não gestante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a compreensão de técnicas desenvolvidas tanto pela ciência como pelos próprios portadores de lesão medular, que visam promover a reabilitação sexual. Com a identificação do conhecimento acerca das referidas técnicas que facilitam a relação sexual e a fertilização, o estudo fornece elementos expressivos para explorar necessidades e estratégias no âmbito do vivenciar e expressar a sexualidade, na condição de lesionado medular.

As alterações causadas na função sexual são dependentes do nível e do grau da lesão medular. Entretanto as disfunções sexuais resultantes da lesão medular podem ser contornadas através de diferentes métodos. Com o desenvolvimento de pesquisas, surgiram diversas maneiras para

realizar o ato sexual de forma mais confortável e segura para as pessoas com lesão medular, assim como foram criadas técnicas para solucionar as dificuldades encontradas no processo de reprodução.

Percebe-se que o conhecimento das pessoas entrevistadas, homens e mulheres, acerca das estratégias que facilitam o ato sexual ou a fertilização é incompleto. Mesmo com o conhecimento de alguns métodos, eles não os utilizam, uns por não ser necessário, mas outros provavelmente por dificuldade de acesso a esses mecanismos, devido a altos custos, pouca disponibilidade no mercado, ou mesmo falta de informações.

Entretanto, é fundamental que essas pessoas tenham conhecimento de todas essas possibilidades, assim como também acesso à utilização das técnicas. Por isso, ressalta-se a importância do aconselhamento sexual, que deve estar inserido no programa de reabilitação.

O enfermeiro encontra-se em uma importante posição para promover a saúde nessa temática, exigindo um preparo específico e espontaneidade para abordar atitudes positivas frente à nova realidade de vida do lesado medular.

REFERÊNCIAS

1. Mantovani, M. Suporte básico e avançado de vida no trauma. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 452p.
2. Faro, ACM. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. Enfermeria Global, v.3, p. 1-6, nov. 2003. Disponível em: www.um.es/global/. Acesso em: 04 jan. 2007.
3. Pereira, MEMSM; Araújo, PCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. Arq neuropsiquiatr, v. 63, n. 2-b, p.502-7, 2005.
4. Cavalcante, KMH. A expressão da sexualidade como atividade de vida do portador de lesão medular. Monografia (Graduação). Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.64p.
5. Carvalho, ZMF. O cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica: estudo à luz da Teoria de Jean Watson. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.
6. Vall, J; Braga, VAB; Almeida, PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. Arq neuropsiquiatr. v. 64, n. 2-b, p. 451-5, 2006.
7. Faro, ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.
8. Smeltzer, SC; Bare, BG. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. vol.1.
9. Maia, NMFS; Leite, CM e Moreira TMM. Cuidado de enfermagem nas alterações crônicas de saúde: percepção de alunos no último ano de graduação de uma universidade pública. Rev. RENE. Fortaleza, v.6, n.2, p.96-101, maio/agosto 2005.
10. Roper, N; Logan, WW; Tierney, AJ. Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney. 1ºed. Portugal: Climepsi editores, 2001. 198p.
11. Suaid, HJ; Rocha, JN; Martins, ACP; Cologna, AJ; Suaid, CA; Ribeiro, AGB; Salzedas, PL. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular**.** Acta Cirúrgica Brasileira. v. 17, p 41-3, 2002. suplemento 3.
12. Carvalho, ZMF. O significado da paraplegia para pacientes internados**:** implicações para o cuidado de enfermagem. Pensar Enfermagem. v. 6, n. 2, p16-24, 2º Semestre de 2002.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.
14. Bardin,L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1979.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília: CSN; 1997.
16. Greco, SB. Sexuality education and counseling. In: Hoeman, SP. Reabilitation nursing: process and application. 2nd ed. St. Louis, USA: Mosby, 1996. p594-627.
17. Carvalho, ZMF; Calvcante, KMH; Freitas, GL; Silva, GA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino aprendizagem do cuidado para suas famílias. Escola Anna Nery – Rev. Enf. Rio de janeiro, v.10, n. 2 : 316-322, 2006.
18. Santos, LCR. Redimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular trau-

mática. São Paulo: Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2000.

19. Nasi, LA. Rotinas em pronto-socorro politraumatizados, emergências ambulatoriais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
20. Puertas, EB; Chagas, JCM; Oliveira, CEAS; Wajchenberg, M; Santos, FPE; Oliveira,VM. Lesão raquimedular causada por ferimento de arma de fogo, através de mecanismos indiretos**.** *Acta Ortop. Bras*;7(2):88-91, abr/jun 1999.
21. Leon, IM. Epidemiologia de la lesión medular. IN: Pascual, MG; Calvo, MD; Leon, IM; Valero, JVF; Vila, RM. Lesión Medular: guía de autocuidados. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana – Hospital Universitário "La Fé"; 2001. p.48-58.
22. Fürll-Riede, C; Hausmann, R; Schneider, W. Reabilitação sexual do deficiente. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 90p.
23. Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade de Washington. Função sexual e fertilidade em homens após lesão medular. Disponível em: http://www.geocities.com/HotSprings/3725/translations2.htm. Acesso em: 25 de fev. de 2005.
24. Lesão Medular. Disponível em: http.//www. lesao medular.com.br. Acesso em: 25 de fev. de 2005.

RECEBIDO: 26/06/2007
ACEITO: 08/01/2008

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, EQUIPAMENTOS E ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EM HOSPITAIS: ADEQUAÇÕES AOS DEFICIENTES FÍSICOS[1]

SANITARY INSTALLATIONS, EQUIPMENT AND CIRCULATION AREAS IN HOSPITALS: ADAPTATIONS FOR THE PHYSICALLY DISABLED PEOPLE

INSTALACIONES SANITARIAS, EQUIPOS Y ÁREAS DE CIRCULACIÓN EN HOSPITALES: ADECUACIONES A LOS DISCAPACITADOS

Antonia Eliana de Araújo Aragão[2]
Lorita Marlena Freitag Pagliuca[3]
Kátia Nêyla de Freitas Macêdo[4]
Paulo César de Almeida[5]

Estudo descritivo que objetiva verificar se os hospitais de Sobral, Ceará, apresentam condições adequadas de instalações sanitárias, espaços em auditórios, elevadores, rotas de fuga e estacionamentos que atendam às necessidades do portador de deficiência física, apoiado na NBR 9050 da ABNT com instrumento tipo cheque- lista. Dados coletados em maio de 2004. A amostra foi constituída pelos quatro hospitais existentes. Dois hospitais possuem instalações sanitárias, compostas por aparelho sanitário e lavabo adaptado. Em nenhum há vestiários e banheiros acessíveis. Inexistem elevadores, rotas de fuga e estacionamento demarcados e sinalização de acessibilidade. Evidencia-se a necessidade de cumprir os padrões legais em busca da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência física.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas portadoras de deficiência; Acesso aos Serviços de Saúde; Estruturas de acesso; Defesa das pessoas com deficiência.

This descriptive study aimed to verify if the hospitals located in Sobral-CE, Brazil present adequate sanitary installations, spaces in lecture halls, elevators, escape routes and parking places for people with physical impairments. It was based on NBR 9050 by the ABNT with a checklist instrument. The data was collected in May 2004. The sample consisted of the four existing hospitals. Two hospitals have sanitary installations with adapted sanitary apparatus and sink. None of them contain accessible dressing rooms or toilets. There are neither elevators, escaping routes, reserved parking spaced, nor accessibility signs. Thus, the need is evidenced to comply with legal standards in order to achieve accessibility for people with physical impairments.

KEYWORDS: Disabled persons; Health Services Accessibility; Architectural Accessibility; Handicapped advocacy.

Estudio descriptivo cuya meta es verificar si los hospitales de la ciudad de Sobral / Ceará, tienen instalaciones sanitarias adecuadas, espacios en auditorios, ascensores, salidas de emergencia y aparcamientos que obedezcan las necesidades de personas portadoras de deficiencia física. Con base en la NBR 9050 de la ABNT con instrumento tipo chequeo de lista. Dados recogidos en mayo de 2004. La muestra abarcó los cuatro hospitales existentes. Dos hospitales poseen instalaciones sanitarias, con artefacto sanitario y lavabo adaptados. Ninguno de ellos tiene vestuarios y baños accesibles. No existen ni ascensores, ni salidas de emergencia, ni aparcamiento demarcado y tampoco hay señalización de acceso. Queda así evidente la necesidad de que se cumplan las normas legales que permitirán el acceso de las personas portadoras de deficiencia física.

PALABRAS CLAVE: Personas con discapacidad; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Estructuras de Acceso; Defensa de los minusvalidos.

[1] Extraído da dissertação "Acessibilidade da Pessoa Portadora de Deficiência Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e de comunicação", defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC em 2004. Projeto financiado pelo Ministério da Saúde/FUNCAP.

[2] Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto Acessibilidade da Pessoa Portadora de Deficiência Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. Pesquisadora do CNPq. Av. Trajano de Medeiros, 2840 – Dunas – CEP: 60180-660, Fortaleza-CE. E-mail: pagliuca@ufc.br

[4] Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da UFC. Bolsista CAPES. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br

[5] Estatístico. Doutor Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: pc_almeida@zipmail.com.br

INTRODUÇÃO

As pessoas possuem características e comportamentos individualizados. Por razões diversas podem apresentar diferenças tão acentuadas que venham a prejudicá-las em sua mobilidade física. Tais diferenças dificultam o acesso a locais essenciais para a resolução de seus problemas. Essa situação mostra-se contrária às das pessoas de características físicas consideradas normais pela sociedade, pois a imagem que o senso comum tem acerca dos portadores de deficiência física é de alguém não enquadrado nos padrões de normalidade[1]. Na sociedade capitalista, parece haver dificuldade em se compreender as diferenças e o reconhecimento destas pessoas como seres contributivos para a sociedade.

Neste sentido, conforme se percebe, as instituições e os profissionais parecem ainda não estarem preparados para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência física. Isso pode ocorrer por vários motivos. Entre estes, questões estruturais das instituições e desconhecimento ou ausência de compromisso com a promoção da saúde no intuito de promover qualidade de vida, a qual envolve o contexto social, econômico, cultural, assim como o acesso a tudo aquilo que é importante para a vida[2,3].

Desta forma, perpassam pela saúde as possibilidades e limitações dessas pessoas, tanto individuais como coletivas, com vistas a satisfazer as necessidades como, por exemplo, de moradia, trabalho, renda, educação, lazer, alimentação, eliminação, participação, acessibilidade aos locais públicos e privados. Enfim, é indispensável que todos exerçam o direito de ir e vir garantido pela Constituição.

Neste contexto, compreende-se qualidade de vida como uma nova proposta a partir das discussões mundiais promovidas por meio das conferências internacionais, quando se iniciaram novas discussões inerentes à saúde. A partir de então, saúde é vista não mais como uma proposta biomédica, porém em outra dimensão: a de proporcionar qualidade de vida, não apenas para atender às necessidades básicas do ser humano, mas também no sentido de minimizar as diferenças em relação àquilo que ainda não é aceito ou compreendido, como, por exemplo, os portadores de deficiência.

Diante desta situação, a diferença sugere um tratamento diferenciado, conforme a necessidade de cada indivíduo[4]. Uma das iniciativas nesse caso deve ser o planejamento para acompanhamento das pessoas com deficiência por meio de estruturas físicas e sociais bem organizadas. As estruturas organizacionais podem causar impactos diretos e indiretos na saúde das pessoas[5].

Para superar estas dificuldades uma das recomendações é focar a pessoa e não a deficiência. Muitas deficiências podem ser construídas socialmente, pois não é a inabilidade de "andar" ou de "sentar-se" que impede uma pessoa de entrar em um edifício, por exemplo. O motivo deste impedimento é a falta de condições acessíveis às pessoas com deficiência, tal como a inexistência de elevadores e de rampas[6].

Perceber a necessidade de propiciar melhores condições requer desenvolver a sensibilidade, reconhecer que a deficiência vai além do que está implícito ou visível. Toda pessoa deficiente é portadora de determinada limitação física. Além disso, de modo geral, ela se encontra fragilizada em face das condições e situações da vida diária por falta de conhecimento de seus direitos. Outra dificuldade do portador de deficiência é a discriminação, muitas vezes iniciada dentro de casa, por meio de medidas protecionistas[7].

Já é conhecida a dificuldade em lidar com pessoas deficientes; a própria forma de abordar o assunto é incômoda. Por isso, deve-se buscar a compreensão do outro em toda sua dimensão para poder ajudá-lo. É preciso lutar para obter reconhecimento social e vencer o medo do futuro, conquistar direitos garantidos legalmente, como a acessibilidade a instalações sanitárias, a auditórios e estacionamentos[8].

Para ocorrer o processo de inclusão a pessoa deve ser estimulada, incentivada, sobretudo por meio da educação em saúde, para despertar-lhe o desejo de participação efetiva, envolvimento, compromisso social e consigo mesma. As pessoas devem compreender que o processo de educação e saúde visando obter qualidade de vida implica mudanças de posturas e construção de novas atitudes.

Esse processo está diretamente relacionado à promoção da saúde. Significa uma parceria para a busca da qualidade de vida. Segundo a carta de Ottawa, promoção da saúde representa o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde. Desta forma, saúde é compreendida como maior recurso para o desenvolvimento social, econômico, pessoal e da

cidadania. Representa uma dimensão importante para a qualidade de vida[9].

Com esta finalidade são imprescindíveis estruturas ambientais planejadas, favoráveis à acessibilidade das pessoas com deficiência. São indispensáveis, também, discussões e reflexões acerca da temática, com vistas ao exercício de cidadania dessas pessoas.

Os autores deste estudo participaram do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado *Acessibilidade da Pessoa Portadora de Deficiência Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e de comunicação*, com o objetivo de mapear as condições arquitetônicas de acesso às unidades básicas de saúde e aos hospitais das cidades de Fortaleza e Sobral. Quanto ao estudo das dificuldades de comunicação, estava adstrito aos portadores de limitação sensorial, deficiência auditiva e visual. Isso despertou interesse pela temática no sentido de apontar caminhos que conduzam ao conhecimento das pessoas com deficiência física e da sociedade sobre os direitos garantidos pela legislação. Este relatório apresenta os resultados do estudo nos hospitais de Sobral.

Poderá contribuir para a reflexão dos gestores dos setores públicos e privados, dos profissionais e estudantes de saúde e de áreas afins, da sociedade em geral e das pessoas com deficiência na busca da transformação desta realidade; na arquitetura, despertando nos poderes públicos e gestores de hospitais e serviços a necessidade de inclusão das pessoas portadoras de deficiência, com a adoção de medidas de acessibilidade aos equipamentos de instalações sanitárias, assim como, vestiários, elevadores e lugares em auditórios[10]

Ancora-se na NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas e na Lei 7.853, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, institui a tutela jurisdicional dos interesses coletivos ou difusos das pessoas portadoras de deficiência física, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências[11]. A Constituição do Ceará determina que, cabe ao Estado montar, em toda sua rede hospitalar e ambulatorial, leitos, espaços e equipamentos para atendimento gratuito às pessoas portadoras de deficiência[12].

Diante do exposto o estudo tem como objetivo verificar se os hospitais apresentam condições adequadas de instalações sanitárias, espaços em auditórios, elevadores, rotas de fuga e estacionamento que atendam às necessidades do portador de deficiência física.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo modalidade que observa, descreve e documenta os aspectos de uma dada realidade[13]. Os dados do presente relatório foram colhidos nos quatro hospitais de Sobral, conjunto deste tipo de instituição de saúde na cidade, sendo esta situada na região Norte do Estado do Ceará, referência no setor saúde para a região[14], distante 240 km de Fortaleza. A cidade possui a quinta maior população do Estado, localizada no sertão, caracteriza-se por ter clima quente, e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km^2.

Os hospitais foram identificados por números de 1 a 4, preservando-se o anonimato. Para responder ao objetivo do estudo utilizou-se um instrumento tipo cheque - lista no qual constava espaço para registro sobre as instalações observando a NBR 9050. Para as instalações sanitárias foram anotadas a sua presença, as áreas de manobra, de transferência e de aproximação da bacia sanitária; a existência e características de lavatório, mictório e chuveiros. As salas e auditórios foram analisadas quanto a espaço e assentos disponíveis a estas pessoas. Buscaram-se elevadores, rotas de fuga, estacionamentos demarcados e sinalização com o Símbolo Internacional de Acesso. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2004, por uma das pesquisadoras, depois de treinamento[15].

A investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e eqüidade[11]. Após ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, o projeto foi aprovado sob o protocolo 124/02 de julho de 2002. Os dirigentes que concordaram em participar do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

No campo de pesquisa, solicitou-se autorização por escrito ao Presidente da Comissão Científica responsável por dois hospitais e aos diretores administrativos dos outros dois. Os dados foram apresentados em forma de tabe-

las, e discutidos à luz da literatura que tem abordado a acessibilidade física, sendo esta apoiada na Norma técnica da ABNT que conduz ao desenho acessível. Por entender que a própria acessibilidade perpassa por questões sociais, entre elas a escolarização, o acolhimento, o cuidado e situações específicas de saúde doença, também esta abordagem foi contemplada na análise dos dados.

RESULTADOS

O estudo possibilitou verificar a existência de instalações sanitárias, elevadores, portas de entrada, de saída e rotas de fuga, estacionamentos e espaços em auditórios para pessoas portadoras de deficiência, conforme mostram as discussões e resultados.

TABELA 1 – EXISTÊNCIA DE INSTALAÇÕES SANITÁRIAS NOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Existem instalações sanitárias adequadas para deficientes físicos	2	2
Localizam-se próximas da circulação principal do prédio	1	3
Estão devidamente sinalizadas	1	3
Existem sanitários para ambos os sexos	2	2

Como mostra a tabela 1, em dois hospitais existem instalações sanitárias destinadas às pessoas com deficiência física para ambos os sexos, mas em apenas um os sanitários se localizam próximos da circulação principal do prédio e estão devidamente sinalizados com o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência.

TABELA 2 – EXISTÊNCIA DE ÁREA DE MANOBRA E DE TRANSFERÊNCIA DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
1,20m para circulação em linha reta	2	2
1,20m por 1,20m para rotação de 90º	2	2
1,50m por 1,20m para rotação de 180º.	2	2
1,50m por 1,50m para rotação de 360º.	2	2
Espaço para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas	2	2

Ao se observar a tabela 2, evidencia-se que em dois hospitais a área de manobra das instalações sanitárias possui 1,20m para circulação em linha reta, 1,20m para rotação de 90º e 1,50m por 1,20m para rotação de 180º. Além disso, a área para rotação é de 360º e a área de transferência possui os espaços livres equivalentes a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças sanitárias para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas. Estas medidas atendem às exigências da ABNT 2003.

TABELA 3 – EXISTÊNCIA DE ÁREA DE APROXIMAÇÃO DA BACIA NAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Espaços livres que não precisam de transposição	2	2
Apoio e auxílio de transferência da cadeira para a bacia sanitária	-	4
Barras horizontais têm comprimento mínimo de 0,90m	-	4
Barras horizontais estão a uma altura de 0,76m do piso	-	4
Bacia sanitária a 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia	2	2
Papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia	2	2
Válvula de descarga a uma altura máxima de 1m do piso	2	2
Válvula de descarga funciona com leve pressão	2	2

Como exposto na tabela 3, 50% dos hospitais apresentam os seguintes dados: espaço livre junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição; bacia sanitária à altura de 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia; papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia; válvulas de descarga a uma altura máxima de 1m do piso e funcionando com leve pressão. Constata-se, no entanto, em todos os hospitais a ausência de barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para as bacias sanitárias, conforme determina a ABNT 2003.

DISCUSSÃO

De acordo com a legislação, as instalações sanitárias devem localizar-se próximas da área de maior circulação do prédio, e estar disponíveis para ambos os sexos com espaço de 1,20m para circulação em linha reta, 1,20m por 1,20m para rotação de 90º, 1,50m por 1,20m para rotação de 180º, 1,50m por 1,50m para rotação de 360º. Deve haver espaço livre tanto para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas ou cadeirantes, como

junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição. Deve haver, também, barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária com comprimento mínimo de 0,90m, a uma altura de 0,76m do piso. A bacia sanitária deve estar a 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia, e a papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia. Além disso, a válvula de descarga deve estar a uma altura máxima de 1m do piso e funcionar com leve pressão.

Ainda como exigido, o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência deve encontrar-se nas portas das instalações sanitárias, de entradas e saídas, rotas de fuga, elevadores de segurança ou outros dispositivos onde houver diferença de nível entre pavimentos, e de saídas de emergência. Preconizam-se, também, espaços em auditórios. Dos sanitários de uso público deve ser destinado o mínimo de 5% do total de cada peça para pessoas deficientes, pelo menos uma peça de cada um. Quando houver instalações masculinas e femininas, o cálculo deve ser considerado separadamente[16].

De acordo com a tabela 1, dois hospitais possuem instalações sanitárias destinadas às pessoas com deficiência física para ambos os sexos. Apenas no hospital número 2 os sanitários estão próximos à maior área de circulação, devidamente sinalizados. O hospital número 1 dispõe de instalações sanitárias somente nas proximidades das salas de hemodiálise, para ambos os sexos. Entretanto essas instalações não possuem o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência e se localizam distante da maior área de circulação.

Para proporcionar melhores condições de acesso do ponto de vista estrutural e organizacional, o planejamento é essencial. Neste sentido, o movimento de inclusão obteve novo ímpeto a partir da década de 1990, quando se criou a organização internacional, a Schools Are for Everyone, objetivando promover a inclusão em escala mundial e a vinculação da educação inclusiva com um movimento de reforma geral da educação[17].

Acredita-se que o movimento da inclusão veio proporcionar aos excluídos a possibilidade de minimizar as diferenças, por meio da integração social, sem restrições, respeitando-se suas limitações e a capacidade produtiva. Ainda assim, o movimento não foi suficientemente potente para sensibilizar as pessoas "normais" e nem os profissionais da saúde sobre esta situação, pois esse movimento parece não despertar grandes interesses, haja vista as exigências legais referentes às necessidades humanas básicas, como é o caso de instalações sanitárias, encontradas adequadamente em apenas uma das unidades de dois hospitais.

Ao se observar a tabela 2, percebe-se que dois hospitais atendem às normas técnicas preconizadas pela ABNT no relacionado às áreas de manobra e de transferência das instalações sanitárias. A legislação determina padrões que atendam às necessidades humanas básicas. Isso parece contraditório diante de uma sociedade na qual a inclusão e a prática discursiva relativas às pessoas com deficiência tomam rumos diferentes, pois se evidencia maior avanço em outras áreas, como a de turismo, que vem investindo na adequação de estruturas voltadas ao atendimento das necessidades da pessoa portadora de deficiência muito mais que a área hospitalar. A legislação dispõe ainda sobre o direito de acesso a bens e serviços públicos e assegura o acesso adequado aos prédios, vias públicas, logradouros e serviços públicos. Também institui a semana das pessoas portadoras de deficiência física, em todas as unidades escolares do Estado de São Paulo, a ser cumprida a cada dois anos, sempre no dia 21 de setembro[18].

Pela tabela 3, segundo se percebe, os padrões da área de aproximação foram contemplados parcialmente. Inexiste instalação de barras horizontais nas paredes laterais e de fundo junto à bacia sanitária nos dois hospitais que possuem sanitários para pessoas portadoras de deficiência.

Conforme identificado, os hospitais, campo de pesquisa deste estudo, ainda não dispõem de vestiários, lavatórios, mictórios, elevadores, sinalização de espaços, assentos em auditórios, portas de entrada e de saída, rotas de fuga e estacionamentos para pessoas portadoras de deficiência. Contudo, estas condições são de fundamental importância em virtude de possibilitarem às pessoas diferentes ter acesso e direitos iguais no atendimento de suas necessidades, na acessibilidade e na participação. Por isso é indispensável aos gestores de instituições, profissionais de saúde e outros segmentos da sociedade conhecer os padrões preconizados pela legislação.

Ainda de acordo com o preconizado, os lavatórios devem ser suspensos, sem colunas ou gabinetes, fixados a uma altura de 0,80m do piso, e respeitar a altura livre de 0,70m. O sifão e a tubulação devem estar situados a 0,25m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção. O comando da torneira deve ser de no máximo 0,50m da face externa frontal do lavatório. Os mictórios devem estar localizados a uma altura de 0,46m do piso, ser providos de barras de apoio fixadas na vertical com afastamento de 0,80m a uma altura de 0,70m do piso e comprimento de 0,80. As válvulas de descarga devem estar a uma altura máxima de 1,00m do piso e ser acionadas com leve pressão, preferencialmente por alavanca.

Nenhuma dessas exigências foi contemplada nos hospitais pesquisados. Outras exigências são as seguintes: os chuveiros devem possuir banco retrátil, instalado a 0,45m de profundidade por 0,70m de comprimento e 0,46m do piso; toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1,00m do piso; espelho com borda inferior a 0,90m do piso, quando plano, e a uma altura de 1,10m, quando inclinado; área de transferência e barras firmemente instaladas. Os boxes para chuveiros devem ter desnível máximo de 1,5cm e as portas devem ter um espaço livre de no mínimo 0,80m. Devem ser providos de bancos com profundidade mínima de 0,45m, instalados a uma altura de 0,46m do piso, com comprimento mínimo igual a 0,70m.

No caso de área de transferência no interior do boxe, as dimensões livres mínimas devem ser de 0,80m por 1,10m. Se a área de transferência estiver localizada fora do boxe, estas dimensões devem ser de 0,90m por 1,10m, com porta de correr ou com abertura para o lado externo, e o lado de transposição da cadeira para o banco deve estar livre de barreiras ou obstáculos. Além do chuveiro, deve haver ducha manual do tipo telefone e registros do tipo monocomando, preferencialmente acionados por alavancas. Registros e duchas devem estar posicionados a uma altura máxima de 1,00m do piso e localizados na parede lateral do banco. Nos boxes dos chuveiros devem existir barras horizontais e verticais. A barra vertical deve estar na parede de encosto do banco, com altura de 0,90m do piso e comprimento de 0,80m. Quanto à barra em L, deve ser fixada na parede lateral do banco com altura de 0,90m e distância entre as faces externas das barras verticais em L de 0,70m[16].

Como recomendado, a instalação de espelho na parede de fundo do elevador facilita a visualização dos comandos quando não há espaço para movimentação. Os equipamentos eletromecânicos de circulação, como, por exemplo, os elevadores, devem ser usados com segurança pelas pessoas portadoras de deficiência física e contemplarem todos os pavimentos, inclusive as garagens. Devem existir limites de ação e alcance manual para pessoas em cadeiras de rodas. A utilização de cadeiras de rodas impõe limites à execução de tarefas, por dificultar a aproximação dos objetos e o alcance de elementos acima e abaixo do raio de ação de uma pessoa sentada. A dificuldade no deslocamento frontal e lateral do tronco sugere a utilização de uma faixa de conforto entre 0,80m e 1,00m para as atividades dependentes de manipulação contínua. Para as atividades que não exigem o uso da força ou da coordenação motora, a altura deve ser no máximo de 1,35m[16].

Apesar do preconizado, nos hospitais em estudo inexistem lavatórios sem coluna, torneiras de monocomando, elevadores, portas de entrada e saída nas rotas de fuga, espaços/ assentos em salas e auditórios e estacionamento para pessoas com deficiência. Também inexiste o Símbolo Internacional de Acesso nas portas de entrada e saída, nas rotas de fuga, nos elevadores e instalações sanitárias, o qual indica acessibilidade para todas as pessoas que apresentam limitações para se locomover. A NBR 9077 trata das saídas de emergência em edifícios, fixa as condições exigidas para possibilitar a saída com segurança e proteção à integridade física da população dos prédios em caso de incêndio. Tem como objetivo projetar as saídas comuns das edificações para servirem como saídas de emergência, quando exigido. A norma se aplica a toda edificação, independente de altura, dimensão ou outras características de construção; tanto para as novas edificações como para as adaptações das já existentes, consideradas suas devidas limitações. As rotas de saídas destinadas ao uso de doentes e deficientes físicos, usuários de cadeiras de rodas, devem possuir rampas e elevadores de segurança ou outros dispositivos onde houver diferença de nível entre pavimentos[16].

Estes equipamentos, símbolos e espaços são importantes no acesso das pessoas que apresentam dificuldades de locomoção. A exclusão, objeto de debates político e social, é considerada fenômeno social, econômico e

institucional, de forma que as desigualdades sociais, econômicas e políticas na sociedade brasileira tornam-se incompatíveis com a democratização [19].

Ainda de acordo com o preconizado, a localização dos espaços e dos assentos em salas e auditórios deve ser acessível para pessoas portadoras de deficiência física, garantir conforto, segurança, boa visibilidade e acústica, integrados com a disposição geral dos assentos, com vistas a não segregar os ocupantes e permitir-lhes sentar próximos dos seus acompanhantes, sem obstruir o acesso aos demais assentos e a circulação. Devem localizar-se nas imediações das circulações de emergência[16]. Conforme a legislação, os locais de reunião devem ser acessíveis às pessoas portadoras de deficiências em geral, tanto aos usuários, visitantes, como aos funcionários. Apesar de a legislação enfatizar os direitos destas pessoas, na prática eles não são exercitados ou vivenciados integralmente.

Por trás dos sistemas político e econômico e também dos movimentos dos seres humanos, individuais ou coletivos, sempre são encontrados valores que influenciam os comportamentos e estes podem ser decisivos em relação aos direitos dos portadores de deficiência[20]. De modo geral os auditórios estão longe de proporcionar o acesso a esse grupo social. Dos hospitais em estudo, em dois deles os auditórios se situam no último andar do prédio e o acesso é feito por escada fixa, enquanto em outro o acesso ocorre por meio de batentes que não chegam a ser escadas; em um dos hospitais inexistem locais para reunião, estas ocorrem em outros espaços, e, conforme o número de participantes, até fora do prédio. Nos espaços ora analisados, as cadeiras são móveis, do tipo escolar, e não há espaço predeterminado para cadeira de roda ou pessoa utilizando muletas. Entretanto podem ser adaptados quando ocorre a participação dessas pessoas.

Com esta finalidade, são estabelecidas normas gerais que asseguram o exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e sua efetiva integração social, considerando-se os valores básicos da igualdade de tratamento e de oportunidade da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana e do bem-estar[11].

Para legitimar o direito de cidadania, é indispensável tratamento direcionado às necessidades individuais e coletivas das pessoas portadoras de deficiência física e das pessoas em geral. Deve haver maior empenho dos profissionais de saúde com vistas a somar esforços para a construção de novas práticas hospitalares, pautadas em autênticas relações, priorizando a individualidade do ser humano e suas singularidades[21].

De modo geral, as edificações, os serviços, os profissionais e as organizações são excludentes, sobretudo por não cumprirem a legislação. Nos serviços de saúde, pouco é construído especificamente para as pessoas com deficiência. Para evitar esta situação, é necessário haver entendimento sobre essas pessoas, com o objetivo de encontrar o caminho de uma resposta aceitável para muitos problemas[22].

Esta reflexão sugere mudanças de comportamento e de cultura na perspectiva de respeitar os limites de cada ser humano, pois tudo o que somos retrata a cultura do nosso grupo social. Mas mudança de comportamento requer mudança de crenças e de valores que elevem e promovam o ser humano e, ao mesmo tempo, possibilitem oportunidades iguais[23]. Neste sentido, compreende-se que todo ser humano deve buscar as condições ideais para melhor qualidade de vida, de forma a atender às suas necessidades básicas. Para isso é imprescindível apoio político, social, cultural e econômico.

Atualmente, graças à legislação específica, as pessoas portadoras de deficiência são motivadas a buscarem benefícios por meio da participação social que conduz ao empoderamento. O empoderamento se insere no campo de promoção da saúde como uma estratégia de ganho da saúde[24]. Para o alcance do empoderamento é urgente compreender melhor os deficientes e agregar-se à causa deles, contribuindo para a superação das barreiras existentes para acessibilidade ao serviço hospitalar[10].

Neste intuito, é indispensável a participação dos próprios deficientes em busca de soluções associada à contribuição de pessoas sensíveis que compreendam a importância de eliminar as barreiras arquitetônicas que comprometem o acesso dos portadores de deficiência como parte de um processo a se completar com mudanças atitudinais da sociedade[25].

De alguma forma, ainda se percebem sinais de preconceito com os excluídos. Entre estes estão os deficientes. Portanto, para vencer o preconceito é preciso superá-lo por meio da igualdade social, buscando a realização comum a todas as pessoas[26].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que ainda existe muito a ser transformado nos hospitais em busca da acessibilidade da pessoa portadora de deficiência. Dos quatro hospitais em estudo apenas dois possuem instalações sanitárias que atendem em parte às normas estabelecidas pela legislação. Destes, apenas um se localiza próximo da área de principal circulação do prédio e está devidamente sinalizado. Em nenhum dos hospitais as condições para transferência e mobilidade da cadeira para a bacia sanitária foram respeitadas, bem como o posicionamento da papeleira e a válvula de descarga.

Também se considera um fator preocupante para a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência a inexistência de espaços como, por exemplo, reserva em locais e auditórios devidamente sinalizados, elevadores, estacionamentos e rotas de fuga e dos componentes de instalações sanitárias preconizados pela legislação de modo a viabilizar a acessibilidade das pessoas aos hospitais, assim como a possibilidade de atendê-los em suas necessidades básicas.

Segundo se conclui, a legislação vigente que garante o acesso do portador de deficiência física aos serviços de saúde está sendo desrespeitada, numa evidência de desconhecimento e descaso do serviço público, bem como dos profissionais de saúde, os quais são co-responsáveis na garantia do exercício da cidadania desta população.

Vale registrar que dirigentes dos hospitais foram informados sobre as irregularidades constatadas; os resultados da avaliação foram apresentados em reunião específica da Câmara Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde também recebeu relatório conclusivo.

Entende-se que a divulgação de resultados de pesquisa desta ordem contribui para que o poder público, a iniciativa privada e cada pessoa no exercício da cidadania sejam sensibilizados a observar e cumprir o que já está assegurado na lei para garantir a acessibilidade física de todas as pessoas a todos os ambientes.

Sem a pretensão de se traçar generalizações, a possibilidade de se encontrar situações próximas às descritas neste estudo é alta, haja vista que a rede hospitalar do país é antiga e sua arquitetura não foi planejada na concepção do desenho universal. Portanto, cabe chamar a atenção em relação ao assunto a fim de ampliar seu círculo de contágio e favorecer a adoção de medidas para sua solução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. França IXS, Pagliuca LMF. Ditos e não ditos sobre a integração social das pessoas com deficiência. Rev. RENE, 2002; 3(1): 61-2.
2. Adriano JR, Wernec GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria para a qualidade de vida? Cienc Saúde Coletiva, 2000; 5(1): 53-62
3. Tronchin DM, Felli VEA. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Vasconcelos LR. Acessibilidade dos portadores de deficiência física: obstáculos no percurso casa/unidade básica de saúde em Sobral. [monografia]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.
5. Nutbeam D, Harris E. Theory in a Nutshell: a practitioner's guide to commonly used theoria and models in health promotion. Sidney: University of Sidney; 1998.
6. Bowe F. Franquia handcapping América: barreiras aos povos, a Harper & Fileira disabled [online] 1978 [Acesso 2006 nov 12]. Disponível em: http://64.233.179.1o4/translate_c?hl=ptBR&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Disab.
7. Cohen R. Estratégias para a promoção dos direitos das pessoas portadoras de deficiência. [online]. [Acesso 2006 nov 25]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/artigo37.htm.
8. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.
9. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília; 2000. (Série B. Textos Básicos).
10. Aragão AEA. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas. [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

11. Ministério da Justiça(BR). Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde. [Acesso 2004 jan 15]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/lei7853.asp.
12. Ceará. Constituição (1989). Constituição do Estado do Ceará. Assembléia Legislativa [Acesso 2004 out 13]. Disponível em: www.pgj.ce.gov.br/legislação/ce.htm.
13. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
14. Dias MSA. Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica. Fortaleza: Edições UFC/UVA; 2004.
15. Pagliuca LMF, França ISX, Moura ERF, Caetano JAC, Macedo KNF, Vasconcelos LR et al. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. Relatório de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2004.
16. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050/85: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. [online] [Acesso 2003 ago 12]. Disponível em: http://www.aibr.com/det/sadet/acesso.htm.
17. Silva EJC, Llerena Junior JC, Cardoso MHC. Aspectos históricos do atendimento ao deficiente: da segregação à educação inclusiva. Temas Desenvolv, 2002; 11(63): 5-13.
18. São Paulo. Decreto Estadual n° 33.824, de 21 de setembro de 1991. Dispõe sobre adequações de próprios estaduais à utilização de portadores de deficiências e dá outras providências [online]. [Acesso 2004 jan 15]. Disponível em: http://www.deficienteeficiente.com.br/leis33824.html.
19. Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicológica e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 1999.
20. Zauhy C, Mariotti H. Acolhimento: o pensamento, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
21. Rodrigues AS, Jorge MSB, Morais APP. Eu e meu filho hospitalizado: Concepção das mães. Rev. RENE, 2005; 6(3): 87-94.
22. Palácios MMA, Pegoraro OA. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.
23. Neumann ZA, Neumann NA. Auto-estima: se gosto de mim, posso ajudar mais o outro. Curitiba: Pastoral da Criança. 1999.
24. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. 144f. [online] [Acesso 2006 nov 11]. Disponível em: http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003402&Ing=pt&nrm.
25. Almeida PC, Aragão AEA, Pagliuca LMF, Macedo KNF. Barreiras arquitetônicas no percurso do deficiente físico aos hospitais de Sobral. Rev Eletrônica Enfermagem [online] 2006 [acesso 2008 fev 18]; 8(2):205-12. Disponível em: servicos.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/estudos/dados1/2006/22001018/020/2006_020_22001018021P0_Prod_Bib.pdf.
26. Pagliuca LMF, Araújo, TL, Aragão AE. Pessoa com amputação e acesso ao serviço de saúde: cuidado de enfermagem fundamentado em Roy. Rev Enfermagem UERJ 2006; 14(1): 100-6.

RECEBIDO: 13/08/2007
ACEITO: 22/10/07

OPINIÃO DE UM GRUPO DE CUIDADORES SOBRE A IMUNIZAÇÃO BÁSICA

OPINION OF A GROUP OF CARETAKERS CONCERNING THE BASIC IMMUNIZATION

OPINIÓN DE UN GRUPO DE CUIDADORES SOBRE LA INMUNIZACIÓN BÁSICA

Sâmya Maria Lima Gonçalves[1]
Maria de Fátima Antero Sousa Machado[2]

O estudo objetivou conhecer a opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica no Município de Milagres-CE. Pesquisa exploratória descritiva, realizada com 16 cuidadores. Utilizamos como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, nos meses de maio e junho de 2007. Para a organização desses utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que todos os cuidadores eram mães, confirmando dessa forma que é a mãe que mais assume os cuidados da criança. De modo geral, para as entrevistadas, o maior benefício da imunização é a prevenção de doenças e as mesmas afirmaram que rotineiramente vacinam seus filhos. A informação acerca da imunização foi obtida de diversas formas, da mídia aos profissionais de saúde. Acreditamos ser fundamental trabalhar a temática junto a essa clientela, por meio do processo educativo, despertando a importância da prática da imunização para a promoção da saúde de seus filhos.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Saúde da criança; Imunização; Esquema de imunização.

The objective of the research was to learn about the opinion of a group of caretakers concerning basic immunization in the community of Milagres – CE. It's an exploratory and descriptive research, accomplished with 16 caretakers. We used as an instrument to collect data a semi-structured interview during the months of May and July, 2007. To organize this data it was used the strategy of collective subject discourse. The results showed that all the caretakers were mothers, confirming, therefore, that it is the mother who takes more responsibility in caring for the child. In general, for the interviewed women, the greatest benefit from immunization is the prevention of diseases and they stated that mothers regularly care about their children's vaccination. The information about immunization was obtained through several ways, from the media to the health professionals. We believe that discussing this subject with that group of people is fundamental, through an educational process, reminding them about the importance of the immunization practice, promoting health to their children.

KEYWORDS: Health promotion; Childr health; Immunization; Immunization schedule.

Estudio cuyo objetivo fue conocer la opinión de un grupo de cuidadores sobre la inmunización básica en el Municipio de Milagros/CE. Investigación exploratoria descriptiva, con la participación de 16 cuidadores. Utilizamos como instrumento para recoger los datos una entrevista estructurada en parte, durante los meses de mayo y junio de 2007. Para la organización de tales informaciones utilizamos la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron que todos los cuidadores eran madres, lo cual confirma que la madre es quien se encarga más de los cuidados del niño. De manera general, para las entrevistadas, el mayor beneficio de la inmunización es la prevención de enfermedades y ellas mismas afirmaron que vacunaban a sus hijos habitualmente. La información sobre la inmunización se obtuvo de diversas formas, tanto a través de los medios de comunicación como de los profesionales de salud. Creemos que es fundamental que se trabaje la temática junto a esa clientela, a través del proceso educativo, estimulando la importancia de la práctica de la inmunización para la promoción de la salud de sus hijos.

PALABRAS-CLAVE: Promoción de la salud; Salud del niño; Inmunización; Esquema de inmunización.

[1] Enfermeira; Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri – URCA; Profissional do Município de Milagres-CE. Av. Lacordeire Lins, 760 – Milagres-Ce. CEP – 63.250.000- E-mail: samyapeu@hotmail.com

[2] Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora do Curso de Enfermagem da UNIFOR e da URCA; Facilitadora da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP; Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GRUPESC(URCA) e membro do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança – NUPESC (UNIFOR). Rua Nunes Valente, 3350/801 – Fortaleza –Ce. CEP – 60.125.071 . E-Mail: fatimaantero@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século XX e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Essas intervenções consistiram na organização de grandes campanhas sanitárias com vistas ao controle de doenças que comprometiam a atividade econômica, a exemplo da febre amarela, peste e varíola. As campanhas valiam-se de instrumentos preciosos para diagnóstico de casos, combate a vetores, imunização e tratamento em massa com fármacos, dentre outros. O modelo operacional baseava-se em atuações verticais, sob forte inspiração militar, e compreendia fases bem estabelecidas: preparatória, de ataque, de manutenção[1].

O papel das vacinas como uma das medidas mais importantes de prevenção em saúde, já não é mais questionado nos dias atuais. O impacto que os imunobiológicos tiveram e têm na prevenção e no controle de diversas doenças infecciosas pode ser observado em qualquer país do mundo, independentemente das diferenças sócio-econômicas e culturais. A erradicação da varíola no mundo em 1977 e da poliomielite nas Américas em 1991 são exemplos marcantes do sucesso das imunizações[2].

A imunização, particularmente na infância, fase altamente suscetível às doenças transmissíveis, é uma das estratégias de prevenção das mais significativas da sociedade nos tempos atuais. No mesmo nível de relevância da imunização, são colocados como medidas de proteção e promoção da saúde infantil a amamentação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e o controle-tratamento da diarréia infantil[3].

Ao longo do século XX, a vacina tornou-se rotina em controle e prevenção de doenças no Brasil e no mundo. Entre 1930 e 2000 a mortalidade infantil brasileira caiu de 62,6 para 29,6 por 1000/hab, resultado das ações de saúde pública, sobretudo das campanhas de vacinação. Para a contínua redução dos altos índices de morbimortalidade de doenças transmissíveis são essenciais a participação e interesse dos pesquisadores bem como o incentivo das entidades governamentais em investir em novas tecnologias de vacinação a fim de se comprovar os efeitos vacinais[4,5].

Devido às dificuldades socioeconômicas sofridas pela maioria da população de países como o Brasil, que fazem parte do "Terceiro Mundo", as crianças, de uma forma geral, são as que mais sofrem com esta situação. Como consequências destacam-se os altos índices de mortalidade e a formação de contingentes de indivíduos com sequelas físicas, intelectuais e psicológicas decorrentes de doenças preveníveis por esquemas básicos de imunização como sarampo, tuberculose, poliomelite, difteria, tétano[3].

A criança é e deve ser objeto de prioridade governamental e social. Para que a mesma possa atingir todo o potencial individual, fazem-se necessários, cuidados e suportes, pois a abrangência do assistir em saúde da criança é bastante ampla, visto que a criança se reveste de peculiaridades e características próprias de cada faixa etária porque todas as fases do crescimento e do desenvolvimento são evolutivas e dependentes, quer seja do profissional, quer da família, do ambiente e, consequentemente do meio em que vive.

Como sabemos, um dos objetivos do cuidado à criança é a prevenção de doenças a qual é feita pela imunização que conforme Schimitz: "É um cunjunto de métodos terapêuticos destinados a conferir ao organismo um estado de resistência, ou seja de imunidade contra determinadas enfermidades infecciosas" [3:21].

O bem mais precioso que possuímos é a vacinação na infância. A prevenção de doenças desempenha, de fato, um papel fundamental na obtenção de uma saúde perfeita. Afinal, alguns distúrbios comuns e mesmo inofensivos, podem provocar danos irreversíveis[6].

As vacinas são consideradas como um dos maiores avanços da medicina em todos os tempos, pois foram responsáveis pela diminuição de incidências de diversas doenças infecciosas poupando milhões de vidas humanas. Um dos progressos mais notáveis em saúde da criança foi o declínio das doenças infecciosas, devido à ampla utilização de imunização para doenças evitáveis[7,8].

A prática da imunização em nosso país é coordenada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), que foi instituído no Brasil em 1973 pelo Ministério da Saúde e ampliado a partir de ocorrências inusitadas e determina-

das enfermidades, objetivando a prevenção de doenças que podem ser controladas por vacinas[9].

O PNI organiza atividades rotineiras de imunização desenvolvidas nos serviços de saúde, define as vacinas obrigatórias, as normas e procedimentos para cada uma delas, é responsável pela aquisição, controle de qualidade e distribuição dos imunobiológicos, além de proporcionar assessoria técnica e apoio operacional e financeiro aos órgãos executores de vacinação[10].

No calendário básico de vacinação recomendado pelo PNI, são doze as doenças imunopreviníveis, tais como tuberculose, hepatite B, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, formas invasivas causadas pelo HIB, febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola e recen- temente introduzida a vacina contra o rotavírus. O Ministério da Saúde tem como papel assegurar a toda população do país as vacinas em seu calendário correspondente a afecções, oferecendo uma adequada cobertura vacinal[11].

No ano de 2004, o Brasil vacinou 3.218.326 crianças menores de 1 ano (que representam 99,40% de crianças nessa faixa etária) enquanto que no Nordeste foram vacinadas 987.468 (97,50% da população de crianças menores de l ano). No Ceará o numero de crianças menores de l ano vacinadas foi de 153.466 (94,60% dessas crianças) [12].

A vacinação é uma ação preventiva oferecida ao povo e sua utilização depende, necessariamente da decisão pessoal de ir vacinar-se, ou de decisão dos pais ou responsáveis de levar suas crianças para serem vacinadas. O serviço de saúde não pode pretender sozinho, interferir ou influenciar no poder de decisão, que é pessoal e intransferível. Os profissionais da saúde precisam contar com o apoio e a participação das pessoas, mas precisam também contribuir para que elas se conscientizem de que a saúde é um direito de todos, um direito que inclui a vacinação.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo conhecer a opinião de um grupo de mães ou responsáveis, caracterizado no estudo por cuidadadores, sobre a prática da imunização. Consideramos relevante este estudo, tendo em vista que o não conhecimento da eficácia da imunização prejudica diretamente as crianças, no que diz respeito à erradicação de doenças imunopreveníveis, pois as mesmas são totalmente dependentes de seus cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. A abordagem qualitativa abrange o universo de significados, crenças, valores atitudes, aspirações, ou seja, aborda a realidade dos processos e fenômenos que não podem ser minimizados à operacionalização de variáveis[13,14]. A pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2007, em um Centro de Saúde de referência do Município de Milagres – Ceará – Brasil.

Os informantes do estudo foram cuidadores que compareceram ao serviço de saúde, no período de coleta de dados, e que consentiram em participar do estudo. O instrumento utilizado na pesquisa foi a entrevista semi-estruturada a qual possibilitou obter dados referentes à caracterização dos cuidadores, bem como ao conhecimento desses acerca da imunização.

Participaram da pesquisa 16 cuidadores que acompanharam seus filhos à referida Unidade de Saúde e consentiram participar do estudo. Esse número foi considerado suficiente quando constatamos nos discursos uma repetição do conteúdo das mensagens.

Os dados foram organizados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Esta técnica torna mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirma um dado imaginário. Esse discursivo permite vizualizar melhor a representação social na medida que aparece, não sob a forma mais viva de um discurso, mas o modo como os indivíduos reais pensam. Assim, os procedimentos para análise envolveram: seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificação da idéia central de cada uma delas, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso-síntese que é o discurso do sujeito coletivo [15]. A análise se deu por meio da literatura revisada para a pesquisa.

Para a realização do estudo as questões éticas relativas às pesquisas com seres humanos foram observadas. Assim, submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-FMJ, sendo aprovado sob o parecer 39/07 em 27/07/2007.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados estão subsidiados pelos dados coletados através das entrevistas com os cuidadores. Para melhor organização trazemos na primeira categoria a caracterização dos cuidadores incluídos na pesquisa e na outra categoria os dados referentes aos objetivos propostos no estudo.

Caracterização dos cuidadores

Conhecer alguns aspectos referentes à caracterização do grupo selecionado para a pesquisa é importante para promover maior familiaridade do pesquisador com os informantes do estudo. Neste sentido buscamos esta aproximação.

Evidenciamos que 16 (100%) dos cuidadores que participaram da pesquisa eram mães, confirmando dessa forma, que a mãe é a que assume os cuidados da criança.

A criança ao nascer é cuidada pelos pais, deve receber amor, alimento, carinho e é acalentada em suas necessidades orgânicas e psicológicas, a fim de que se torne um adulto saudável. Para tanto, faz-se necessário, seguir entre outras, atitudes de educação sanitária para prevenir doenças e manter a saúde, visto que os pais esperam que seus filhos vivam situações de saúde e tenham um desenvolvimento e crescimento normal. Geralmente, um dos pais assume mais os cuidados da criança, e na maioria das vezes é a mãe[16].

É fundamental o incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência [17].

Em relação à faixa etária dos cuidadores, um encontrava-se na faixa etária de menos de 20 anos, nove encontrava-se na faixa etária de 20 a 30 anos, correspondendo à maior parte do grupo estudado e seis tinham mais de 30 anos.

No que diz respeito à profissão, uma era vendedora, uma estudante, uma lavadeira, uma professora, duas domésticas, duas auxiliares de serviços gerais e oito, representando a maior parte do grupo estudado, eram do lar, o que pode configurar o fato deste grupo ter maior disponibilidade e exercer o papel de principal cuidador, conduzindo seus filhos ao posto de saúde para a vacinação.

Quanto ao nível de escolaridade observou-se que o ensino fundamental incompleto prevaleceu em nove cuidadores, enquanto quatro, tinham ensino médio completo, uma ensino médio incompleto, uma ensino superior incompleto e uma ensino superior completo.

Alguns aspectos têm influência no esquema de vacinação das crianças, tais como a escolaridade da mãe e as oportunidades perdidas quando as crianças entram em contato com o serviço de saúde e não são avaliadas em relação a sua situação vacinal, levando assim à alta incidência de esquemas incompletos de vacinação[18].

Treze cuidadores tinham entre um a cinco filhos e três tinham cinco filhos ou mais. No tocante ao hábito de vacinar seus filhos, todos os cuidadores relataram que essa prática era rotineira.

Mesmo que dados estatísticos mostrem que as coberturas vacinais estejam aumentando, sabe-se que existem bolsões de baixa cobertura vacinal em muitas regiões do país, em áreas rurais, nas periferias das grandes cidades, tornando assim um notável grupo da população, em especial as crianças de zero a seis anos de idade, suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Como agravante para esta situação temos as questões sócio-econômicas e culturais, como por exemplo, a baixa renda salarial e a desnutrição que potencializam o risco de morte e ou seqüela por doenças infecto-contagiosas [19].

A imunização é um considerável exemplo de intervenção que envolve a família, a comunidade e os serviços de saúde, influenciando diretamente no desenvolvimento infantil, garantido que a criança fique livre de doenças perigosas, mesmo que esteja exposta a ambientes que tragam risco a sua saúde[20].

Se a criança recebeu as vacinas recomendadas para cada período de sua vida, terá melhores condições para se desenvolver de forma saudável, protegida de algumas doenças que podem ser facilmente prevenidas pela imunização.

Discurso do Sujeito Coletivo

A imunização é um processo fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis em crianças,

principalmente no primeiro ano de vida, e constitui importante fator associado à redução da taxa de mortalidade infantil[1].

Nesta investigação, em relação à percepção dos cuidadores acerca da imunização básica, a análise dos discursos permitiu-nos obter um entendimento da imunização como algo que combate doenças, previne, e no geral é considerado bom e importante para a saúde das crianças:

> A imunização é algo que serve para combater doenças, é muito importante para a saúde das crianças pois previne as doenças infecto-contagiosas. Eu sei que vacinar faz bem para a saúde da criança, pois combate as doenças e assim diminui as mortes dos bebês, por isto é importante vacinar (DSC 1 – Idéia Central 1– Um meio de Prevenção de doenças).

As vacinas são consideradas como um dos mais determinantes avanços da medicina em todos os tempos, pois foram responsáveis pela diminuição da incidência de diversas doenças infecciosas, poupando milhões de vidas humanas. Além disso, levaram à erradicação global da varíola e à eliminação da poliomielite de todo hemisfério ocidental[7].

Pesquisa semelhante realizada no ano de 2001 em Fortaleza – Ceará, sobre imunização de crianças menores de um ano obteve dados que evidenciaram que das 14 mães participantes da pesquisa 11 (78%) acharam a vacinação valiosíssima e três (22%) não acreditavam que a vacinação fosse importante[16].

Neste sentido se faz necessário o conhecimento dos cuidadores acerca de imunização para que essa prática seja valorizada e incorporada para a promoção da saúde dos seus filhos.

Acerca dos benefícios advindos da prática da imunização básica, na visão dos cuidadores, foi evidenciado que o maior benefício para esses é a prevenção de doenças.

> Para mim o maior benefício da imunização é porque prevene doenças, combate às doenças feias como sarampo, meningite, hepatite e outras, que prejudicam a criança e pode levar até à morte. (DSC 2 – Idéia Central 2 – O benefício é a prevenção de doenças).

As vacinas previnem o adoecimento e a morte de milhões de pessoas a cada ano, representando a intervenção com melhor custo-benefício. Apesar disso, cerca de dois milhões de crianças morrem anualmente por doenças imunopreveníveis que poderiam ser evitadas pela utilização de vacinas. No começo do século XX, de cada mil crianças nascidas 160 morriam de uma causa infecciosa antes dos cinco anos [1].

As vacinas constituem um aspecto fundamental para a saúde de uma população. A vacinação de suscetíveis é a melhor medida no ponto de vista da relação custo/benefício para o combate das doenças preveníveis por imunização. Em muitos casos, a vacinação além de proteger o indivíduo, contribui para a proteção de suscetíveis, ao diminuir a circulação do agente na população[9].

A imunização representa uma das mais eficazes ações básicas na promoção da saúde de uma população sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das quatro atitudes básicas para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Um cartão de vacina completo e atualizado é de suma importância para a promoção da saúde, já que esta tem como função o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde, a nível individual e coletivo[21].

A vacinação de rotina realizada pelo serviço de saúde, bem como campanhas, são fatores que influenciam na redução da mortalidade infantil. Por isso, toda criança deve ser vacinada, mesmo que já tenha recebido todas as vacinas de rotina, pois elas só protegem das doenças se a criança tomar todas as doses, inclusive as de reforço.

Os cuidadores referiram que o conhecimento que os mesmos detêm de imunização foi obtido de diversas formas, conforme o anunciado no discurso a seguir:

> A informação que tenho de imunização foi obtida por meio dos agentes comunitários de saúde, do médico que cuida dos meus filhos, do enfermeiro do postinho, quando eles fazem as palestra no Programa Saúde da Família e na comunidade, mas também pela televisão, rádio e pelos cartazes que divulgam as campanhas de vacinas (DSC 3 – Idéia Central 3 – Os profissionais e os meios de comunicação são fontes de informação da imunização básica).

A educação em saúde representa uma estratégia importante para se trabalhar com a população a fim de que esses obtenham conhecimentos para desenvolver habilidades que permitam mudanças de comportamento em direção à promoção de sua saúde.

Educação em Saúde é um processo que, ao fazer uso da *comunicação,* busca conferir às pessoas conhecimentos e habilidades para que estas possam fazer escolhas sobre sua saúde, despertando a consciência crítica, reconhecendo os fatores que influenciam a saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar o *status quo*, com base na interação respeitosa com a cultura popular[22].

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados "higiênicos" a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos "certos" ou "errados" relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção. A educação em saúde é inerente a todos os níveis os níveis de atenção, mas ganha significado especial na atenção primária, pois através dela pode embasar ações preventivas e promotoras, além de formar indivíduos conscientes de sua cidadania e poder de decisão sobre sua própria saúde e responsabilidade em relação à saúde da comunidade em que vive[23, 24].

É essencial que os pais saibam quando e quantas vezes seus filhos devem ser vacinados. A vacinação é um direito da criança. Muitas mães vacinam seus filhos apenas por indicação de outros, e não por saberem o seu real valor. Diante do exposto, é cabível lembrar da importância do profissional de saúde, o(a) enfermeiro(a) em particular, como um educador em saúde em potencial, compartilhar com a família da criança informações e conhecimentos acerca de vários fatores necessários à saúde da criança, dentre eles destacamos a imunização. O profissional de enfermagem contribui para o crescimento e desenvolvimento normais da criança, quando utiliza sua capacidade profissional para ajudar famílias a crescer e viver em situações que não conseguem enfrentar sozinhas, visando o seu bem-estar físico e emocional[18, 25].

Motivar as pessoas para a vacinação, especialmente pais e adultos responsáveis por crianças, exige dos profissionais de saúde uma articulação efetiva com a comunidade. Participar das reuniões promovidas pelas organizações e instituições, informando, educando e partilhando dos problemas e inquietações, demonstra o interesse do serviço de saúde pelo bem-estar de todos. A mídia a serviço das campanhas de vacinação tem por objetivo conscientizar e mobilizar toda sociedade sobre a importância da imunização. Além dos veículos como TV e rádio é necessário identificar aqueles existentes na instância local e adotar outros recursos como boletins informativos de associações de moradores e outras organizações da comunidade, alto-falantes, programas de rádio locais. É imprescindível atuar junto aos comunicadores (formadores de opinião) sensibilizando-os e tornando-os parceiros do programa de vacinação[17].

A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, se constitui em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já tratado no decorer deste estudo, a imunização básica representa uma das valiosas práticas para a promoção da saúde das crianças. Neste sentido o conhecimento e valorização por parte da população poderá ser um caminho a seguir para a efetividade desta ação no cotidiano dos serviços de saúde.

Evidenciamos com base nos resultados, que a mãe é a pessoa que assume o cuidado do filho e a responsabilidade pela prática de imunização. Com relação à escolaridade das entrevistadas o nível foi considerado bom para o processo ensino-aprendizagem. Constatamos, portanto, que os cuidadores detêm alguns conhecimentos sobre vacinas.

Destacamos, ainda, que a percepção dos cuidadores no tocante à imunização está voltada para o entendimento desta como algo que combate doenças, previne e no geral é bom para a saúde das crianças.

Quando investigado junto as entrevistadas sobre os benefícios da imunização para a vida dos seus filhos, a ênfase também foi a prevenção de doenças. Os meios citados

pelos cuidadores como fontes de informação variaram de diversas formas, desde a mídia, aos profissionais de saúde.

Entendemos que há uma compreensão por parte dos cuidadores dos benefícios da prática de imunização quando referem esta como a forma de evitar doenças dos seus filhos.

Acreditamos por fim, que a educação em saúde representa uma ferramenta notável para os profissionais de sáude trabalharem esta temática junto aos cuidadores no sentido de valorizar esta ação tão importante para a promoção da saúde dos seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília; 2006.
2. Cunha J, Krebs LS. Imunizações. In: Ducan BB, Schmidt MI, Giuglian ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
3. Schimitz ME. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
5. Alves VM, Sampaio FAA, Veloso TMC, Lopes MVO. A base de dados Scielo como fonte para pesquisas sobre o tema vacinação. Rev RENE, 2006 abr; 7(1): 61-9.
6. Ministério da Saúde(BR). Atendimento integrado à saúde e desenvolvimento da criança. Ações básicas. Módulo III. Brasília; 1995.
7. Sucupira ACL, et al. Pediatria em consultório. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
8. Wong D, Wholey L. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
9. Ministério da Saúde(BR). Manual de normas de vacinação. 3ª ed. Brasília; 2001.
10. Buss PM, Temporão JG, Carvalheiro JR. Vacinas, soros e imunizações no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.
11. Ministério da Saúde(BR). Imunizações. Calendário básico de vacinação da criança. [online]. [acesso 2007 fev 14]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/svs.
12. Ministério da Saúde(BR). Indicadores municipais de saúde. [online]. [acesso 2007 fev 14]. Disponível em: http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.
13. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
14. Minayo MCD. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
15. Levefre F, Lefevre AMC, TeixeiraJJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
16. Sobreira R. Imunização em crianças menores de um ano: o olhar das mães. [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2001.
17. Ministério da Saúde(BR). Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília; 2001.
18. Santos ZMSA, Albuquerque VLM, Sampaio, FHS. Vacinação: o que o usuário sabe? Rev Bras Promoção Saúde 2003; 18(1): 24-30.
19. Meneguel SN, Danilevics N. Imunizações. In: Ducan BB, Schmidt MI, et al. Medicina ambulatorial: Condutas Clínicas em atenção primária, 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1996. p.317-321.
20. Carvalho ES. Terapêutica e prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 1996.
21. Figueira F, Alves JGB, Maggi RSB. Diagnóstico e tratamento em pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
22. Machado, MFAS. Compreensão das mudanças comportamentais dos usuários no PSF por meio da participação habilitadora. [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
23. Andrade V, Coelho MASM. O processo educacional na promoção das ações comunitárias em Saúde. Rev Bras Cancerol, 1997; 43(1):57-63.
24. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev RENE, 2007 maio/ago; 8(2): 50-9.
25. Sigaud CHS, Veríssimo MRV, organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem na vacinação. 4ª ed. Brasília; 2001.

RECEBIDO: 03/09/2007
ACEITO: 08/01/08

RECÉM–NASCIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL: O OLHAR DA MÃE

NEWBORN BABY IN THE NEONATAL UNIT: THE MOTHER'S GLANCE

RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE INTERNACIÓN NEONATAL: LA CONTEMPLACIÓN DE LA MADRE

Antonia do Carmo Soares Campos[1]
Maria Helena Ribeiro Odísio[2]
Márcia Maria Coelho Oliveira[3]
Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche[4]

O nascimento de um bebê prematuro e/ou portador de alguma patologia que necessita de internação em uma unidade neonatal geralmente é motivo de preocupação para a família, em especial para a mãe, que vivencia a separação do seu filho após o nascimento. Objetivamos identificar o significado, para a mãe, da internação de um filho recém-nascido em uma Unidade de Internação Neonatal. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade na cidade de Fortaleza–CE. Os sujeitos foram nove mães que estavam com seu filho internado na unidade neonatal no mês de fevereiro de 2006. Para a coleta de dados, utilizamos como técnica a entrevista com uma questão norteadora. As falas foram submetidas à análise de conteúdo, emergiram as temáticas: medo, separação, ansiedade e tristeza. Concluímos que é pertinente um canal de comunicação efetivo com essas mães, durante o período de internação, para amenizar os sentimentos oriundos dessa experiência.

PALAVRAS CHAVE: Prematuro; Emoções; Mãe; Enfermagem neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

The birth of a premature baby who has some pathology that needs internment in a neonatal unit is usually a reason of concern for the family, especially for the mother, who has to be away from her baby soon after birth. We aimed to identify, in this research, the meaning of a newborn baby's internment in a neonatal unit for the mother. This is a descriptive study of qualitative approach, accomplished at a maternity in Fortaleza-CE. The subjects of the research were nine mothers that were with their babies in a neonatal unit in February of 2006. For the data collection we used the technique of interview. The speeches were submitted to the content analysis. The themes which emerged were: fear, separation, anxiety and sadness. We concluded that it is pertinent an effective a communication channel with those mothers during the internment period, to soften the feeling resulted from such experience.

KEYWORDS: Infant, Premature; Emotions; Mother; Neonatal nursing; Intensive Care Units, Neonatal

El nacimiento de un bebé prematuro y/o portador de una alguna patología que necesita ser internado en una unidad neonatal, generalmente, es motivo de preocupación para la familia, en especial para la madre, que siente hondamente la separación de su hijo después del nacimiento. Tuvimos como objetivo identificar qué significó, para la madre, la internación de un hijo recién nacido en una unidad de internación neonatal. Estudio descriptivo con valor cualitativo, hecho en una maternidad de la ciudad de Fortaleza-CE. Participaron del estudio, nueve madres que estaban con su hijo internado en la unidad neonatal, en el mes de febrero de 2006. Para recoger los datos necesarios utilizamos como técnica la entrevista con una pregunta orientadora. Las respuestas fueron sometidas a un análisis de contenido, emergieron las temáticas: miedo, separación, ansiedad y tristeza. Concluimos que es pertinente que haya un canal de comunicación eficaz con estas madres, durante el período de internación, para amenizar las sensaciones oriundas de esta experiencia.

PALABRAS CLAVE: Prematuro; Madres; Emociones; Enfermería neonatal; Unidades de Terapia Intenisva Neonatal.

[1] Enfermeira da Unidade Neonatal da MEAC/UFC. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza/CCS – UNIFOR. Coordenadora da Disciplina Administração em Enfermagem/UNIFOR. Pesquisadora do Grupo Saúde Coletiva UNIFOR/CNPq. Alameda Maria da Glória, nº142, quadra 06. Bairro Cidade 2000. CEP 60190-190. Fortaleza-CE.ankardagostinho@terra.com.br

[2] Enfermeira. Av. Engenheiro Leal Lima Verde, 2130 Bairro: Alagadiço Novo.Fortaleza-CE. helenaodisioafn@hotmail.com.br

[3] Enfermeira da Unidade Neonatal da MEAC/UFC. Mestre em Enfermagem pela UFC. Membro integrante do Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho/ UFC. Rua Carlos Vasconcelos, Nº. 3100, apto 1202. Bairro Dionísio Torres. Fortaleza-CE marciacoelho.oliveira@bol.com.br

[4] Enfermeira da Unidade Neonatal da MEAC/UFC. Mestre em Enfermagem pela UFC. Rua dos Sabiás 350, casa: 06. Bairro Passaré. Fortaleza-CE. cinthiaesteche@gmail.com

INTRODUÇÃO

De modo geral, o número de hospitalizações nas unidades de internação neonatal (UINs) é considerado elevado. Esta elevação decorre, sobretudo, das situações anormais de nascimento, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, anóxia, malformações e outros diagnósticos que predispõem os recém-nascidos (RNs) a tratamentos especializados e cuidados intensivos para conseguirem sobreviver.

Como sabemos, as unidades de internação neonatal são dotadas de alta tecnologia e de profissionais especializados. Pelas próprias características, são consideradas ambientes frios e hostis, que representam simbolicamente as preocupações causadas por uma situação de enfermidade física [1]. Assim, a hospitalização caracteriza-se como uma experiência estressante, traumática e preocupante, motivos pelos quais afeta a estrutura e as atividades cotidianas no âmbito familiar, especialmente quando o paciente é um pequenino ser, frágil e sujeito às diversas condutas médicas e aos cuidados de enfermagem.

Diante da real situação em que o filho se encontra, os pais sofrem e se surpreendem com a complexidade da UIN. Nesta sobressaem diversos equipamentos e aparelhos sofisticados, barulho dos alarmes, muita luminosidade, a pressa constante dos profissionais, entre outros fatores. Em tais circunstâncias, o sofrimento da separação do filho causa-lhes ansiedade e muitas expectativas [2].

Portanto, o período de internação na UIN é uma fase crítica geradora de profundo estresse tanto para o bebê como para os pais. Neste contexto, compete à equipe da unidade dar-lhes apoio para superarem este momento difícil [3]. Conforme determinados autores, a manutenção do vínculo mãe-filho é fundamental, pois a presença da mãe proporciona segurança, equilíbrio emocional e pode ser decisiva na recuperação do seu bebê, principalmente no período de internação, muitas vezes prolongado indefinidamente [4].

Como parte do cuidado, é direito da mãe, cujo bebê se encontra internado na UIN, ser informada sobre quais circunstâncias determinaram o internamento, onde e como está no momento. Deste modo, ela estará melhor preparada para este encontro, pois, "para a maioria dos pais é chocante e estranho entrar pela primeira vez numa unidade e ver seu bebê cercado de fios e aparelhos para manter tudo sobre controle" [5:25].

Comumente, ao adentrar a unidade, a mãe se depara com um quadro inesperado: submetido a tratamentos, o bebê está ou usa apenas uma fralda , à espera dos devidos procedimentos: cabeça meio raspada, veia "pega", pequenas picadas de agulha nos punhos e outras regiões do corpo para coleta de sangue, tubo plástico na boca ou no "umbigo", além de um saco coletor de urina, saltam à vista [6]. Tudo isto é chocante, mas a mãe poderia ser poupada. Bastava que antes de chegar à unidade, fosse preparada em relação ao aparato tecnológico e quanto ao quadro clínico e aparência do seu filho que, na maioria das vezes, não corresponde ao idealizado durante o período gestacional [7].

Neste momento, o profissional da equipe de saúde, em especial de Enfermagem, deve estabelecer o diálogo com esta mãe para tranqüilizá-la. Compete lhe informar sobre o estado de saúde do bebê e ouvir suas preocupações e necessidades. Todas as dúvidas e questionamentos feitos precisam ser esclarecidos. Após, então, é aconselhável que a enfermeira se afaste, e deixe a mãe à vontade para demonstrar seus sentimentos, em relação ao filho. É indispensável os pais disporem de um tempo tranqüilo e privado junto a seus filhos [8].

Com base na nossa práxis cotidiana, segundo podemos observar, algumas mães tendem a adiar a primeira visita a UIN. Elas parecem temerosas, talvez por não saberem ao certo o que irão encontrar; outras entram na unidade, mas não se aproximam do filho e nem querem tocá-lo. Nestes casos, a enfermeira deve acolhê-las, deixá-las agir espontaneamente, mas estimulá-las a visitá-lo com maior freqüência. Deve também enfatizar o quanto é importante sua presença para a recuperação do seu filho, ao transmitir-lhe tranqüilidade por meio de toques e carinho [9].

Considerar e assistir a família do neonato hospitalizado são atributos da equipe de saúde, sobretudo da Enfermagem, que permanece em tempo integral junto ao ser alvo de cuidado. Por isso, ao valorizar a presença da família durante o tratamento da criança, a enfermeira desempenha papel singular no cuidado aos pais, em particular, no cenário da UIN [10], propiciando aos membros familiares participarem dos cuidados do RN, para que possam ser capazes de cuidar dele após a alta hospitalar. Desse modo,

todos podem se sentir seguros quanto a este aspecto. Neste intuito, uma estratégia eficaz é incentivar a mãe a participar dos cuidados simples com o bebê, como troca de fraldas, alimentação e mudança de decúbito [6].

Esta temática sempre despertou-nos interesse, ainda mais intensificado pela experiência vivenciada como docente da disciplina *Administração em Enfermagem*, quando tivemos a oportunidade de acompanhar o exercício das atividades práticas de gerenciamento do cuidado na unidade de internação obstétrica de uma maternidade de referência em Fortaleza-CE. Nesse período, observamos diversas situações junto às mães, pois logo após o nascimento – em decorrência da prematuridade, desconforto respiratório precoce ou outras implicações do nascimento, assim como as complicações inerentes à mãe – ocorria a separação do binômio mãe-filho, pela necessidade do RN ser cuidado por uma equipe de profissionais na UIN.

Percebíamos, então, não apenas pela expressão verbal, mas, sobretudo, pela não verbal, gestos, atitudes, olhares expectantes, lágrimas, que essas mães se mostravam angustiadas e/ou com medo de irem à UIN para a primeira visita ao bebê. Contudo ao nosso ver, esta situação, em parte, resulta da falta de preparação da mãe antes de visitar seu filho. Diante do evidenciado, torna-se necessário o desenvolvimento de opções que favoreçam o encontro do binômio, estabelecendo, assim, o vínculo afetivo.

Neste contexto, a Enfermagem deve se inserir de forma capaz de tornar o menos desgastante possível o período de internação [11]. Ante tais observações, surgiram algumas indagações acerca dessa problemática que permeia a percepção da mãe do neonato internado em uma UIN: qual é a percepção da mãe sobre a internação do seu filho recém-nascido em uma UIN? Quais os sentimentos das mães de RNs internados em uma UIN?

Em face dos aspectos inerentes ao binômio mãe-filho no âmbito da UIN, consideramos o tema relevante, e ressaltamos a necessidade de acolhimento a essa mãe que se aproxima do filho pré-termo e/ou enfermo. Portanto, devemos manter uma comunicação efetiva e contínua com esses pais neste ambiente considerado tão estressante.

A nosso ver, os pais têm direito a informações adequadas, verdadeiras e atualizadas, não apenas sobre o estado de saúde do RN, mas a respeito de todo o aparato, equipamentos, procedimentos e rotinas próprias da UIN. Um dos profissionais da equipe de saúde indicado para esta iniciativa diminuindo a tensão, é a enfermeira [12].

Neste sentido, a comunicação abrange o estado da situação física, social e psíquica da criança/mãe, de forma a conhecer seu comportamento. Para isso, é indispensável que os profissionais de enfermagem demonstrem disponibilidade e atenção recíprocas e competências relacionais e de comunicação, tornando-as instrumentos da prática do cuidar [13].

Nessa compreensão, objetivamos, com este estudo, identificar o significado, para a mãe, da internação de um filho recém-nascido em uma Unidade de Internação Neonatal.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem, segundo Minayo[14], responde a indagações de cunho particular, visto que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de varáveis.

Foi realizado em uma instituição pública federal de grande porte, de nível terciário, considerada centro de referência para o Município de Fortaleza e para o Estado do Ceará. Como setor de escolha, decidimo-nos por uma complexa Unidade de Internação Neonatal, composta por duas unidades de alto risco e duas unidades de médio risco, com capacidade para 52 leitos, distribuídos em 22 e 30 leitos, respectivamente.

Os sujeitos foram nove puérperas que atenderam às seguintes características: estar internada na maternidade com a condição de experienciar pela primeira vez o internamento de um filho na unidade neonatal e aceitar sua participação na pesquisa.

Utilizamos como técnica para a coleta de dados a entrevista com a seguinte questão norteadora: o que significa para você, mãe, o internamento do seu filho em uma UIN? Como recurso adicional, usamos um gravador para registrar nosso diálogo com as participantes. Para a caracterização dos sujeitos, foram incluídos ainda dados documentais dos prontuários para a caracterização das mães quanto a: idade, estado civil, religião, escolaridade,

ocupação, se fez pré-natal, tipo de parto. No referente ao RN, foram registrados sexo, idade gestacional, peso ao nascer e Apgar.

A abordagem às participantes aconteceu no mês de fevereiro de 2006, após autorização da referida instituição para realizar a pesquisa, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido, pelas mães participantes. Elas foram cientificadas do objetivo do estudo, da participação espontânea, bem como da garantia do direto ao anonimato, sigilo, acesso aos dados e liberdade de se retirarem do estudo a qualquer momento sem que esse fato representasse qualquer tipo de prejuízo para si ou para o RN.

Durante todo o desenrolar da pesquisa, observamos as normas legais e éticas que envolvem seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde [15].

De posse das falas, estas foram transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, sendo posteriormente submetidas à análise de conteúdo, em três etapas, segundo Bardin [16]. A partir da compreensão e síntese dos resultados, foram constituídas unidades temáticas.

Na fase de tratamento e interpretação, os dados foram organizados em temáticas, analisados e interpretados à luz da literatura pertinente ao tema e vivência das autoras.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Caracterização das participantes do estudo

Vamos encontrar neste estudo os depoimentos das mães identificadas por codinomes de pedras preciosas: Safira, Esmeralda, Topázio, Rubi, Ametista, Brilhante, Diamante, Jade e Pérola. Elas relatam o significado de vivenciar a separação e internação de seu filho na UIN.

Conforme mencionamos, as participantes do estudo foram nove puérperas, com idades compreendidas entre 18-39 anos, naturais de Fortaleza. Destas, cinco são casadas e quatro solteiras; sete são católicas e as demais evangélicas. Quanto ao grau de instrução, cinco têm o Ensino Fundamental e Médio incompleto, três o Ensino Médio e apenas uma tem curso superior, Pedagogia. Em relação à ocupação principal, três trabalham, respectivamente, como diretora, vendedora, agricultora e as demais são "do lar". Todas referiram ter realizado consultas durante o pré-natal, sete são primíparas, duas multíparas; oito foram submetidas à cesariana, enquanto uma teve o filho de parto normal.

Sobre os rebentos das participantes, sete são do sexo masculino e dois do feminino. O menor peso foi de 1.105g e o maior de 4.630g. Quanto à idade gestacional, seis são prematuros e dois nascidos a termo; em relação ao Apgar, o menor no 1º minuto foi cinco e, no 5º minuto, oito. De acordo com as condições ao nascer, o RN pode necessitar de internação na unidade neonatal, em prol de uma melhoria da saúde, seja pelo processo adaptativo ou mesmo para a recuperação das condições clínicas, o que requer cuidados mais complexos.

Por meio da análise dos discursos, com uma atitude compreensiva, tentamos identificar o significado de ser-mãe de um bebê internado na unidade neonatal. Na busca da compreensão do outro, conhecer o outro, temos também de nos conhecer e, nesta caminhada, deixamos emergir sentimentos, expectativas, visão de mundo e um pouco do nosso íntimo, como ser humano e ser enfermeiro, diante de uma realidade que faz parte da nossa vivência [7].

A seguir apresentaremos a questão norteadora, sentimento da mãe relacionado à internação do filho e as temáticas constituídas, as quais foram subsidiadas pelas falas das puérperas.

Sentimento da mãe relacionado à internação do filho

Mediante os avanços da Medicina neonatal, o número de RNs que sobrevivem após um nascimento prematuro ou alguma enfermidade é cada vez maior. Enquanto esses bebês lutam por suas vidas, suas mães, ao mesmo tempo, tentam se adaptar às conseqüências psicológicas geradas por uma situação inesperada. Conforme mencionamos, é comum a reação de choque da mãe ao se deparar pela primeira vez com seu filho em uma UIN, haja vista a quantidade de tubos, fios e máquinas ligadas ao bebê tão pequeno e frágil.

Com o nascimento de um filho prematuro ou outros diagnósticos que requerem internação, a mãe se vê obrigada a inserir-se em uma "nova realidade". A transformação

da representação materna de que o bebê prematuro é uma criança que "não está pronta", a faz constatar que esse RN pode apresentar uma série de agravos de saúde, e, portanto, corre sério risco de vida [17].

Segundo percebemos, muitas dessas mães observam seus filhos, mas não perguntam sobre o estado de saúde dele. Ademais, quando lhes sugerimos tocar o bebê, geralmente elas recusam, pois se sentem inseguras e têm medo. Contudo, o toque é importante para um vínculo afetivo, e está sempre mediado por sentimentos que promovem bem-estar ao bebê.

Assim, como enfermeiras, mediante atitudes sinceras e verdadeiras, devemos manter a mãe informada sobre o estado de saúde do seu filho, e esclarecer todas as dúvidas. Tudo isto em uma linguagem adequada à compreensão delas, para que se sintam seguras e valorizadas, bem como não se afastem do filho nesse momento tão significativo [11]. Conforme enfatizam determinados autores, a ligação afetiva e efetiva entre o bebê e sua família, em especial com a mãe, é indispensável para assegurar que as bases de formação psicológica do futuro adulto sejam mantidas intactas [13].

Ao se separarem dos bebês, as mães se vêem obrigadas a confiar nas informações e contar com o apoio dos funcionários da UIN para poderem participar do cuidado do filho. O relacionamento com os profissionais da unidade, no entanto, pode se transformar em outra fonte de estresse para essas mães, sobretudo quando ocorrem divergências entre suas expectativas e percepções. Além disso, é comum as mães terem dúvidas a respeito da sobrevivência do filho e das possíveis seqüelas da doença ou da prematuridade. Tal experiência estressante contribui para desgaste emocional, ansiedade, impotência e perda da auto-estima por parte delas.

Temática: *medo*

Tanto para a criança como para os pais, a hospitalização é vista como uma situação crítica e delicada. Durante a internação, vários fatores adversos estão presentes, como as mudanças psicológicas, também do ambiente físico e a separação do binômio mãe-filho, entre outras.

A visão de um bebê extremamente doente, cercado de cuidados e aparelhos, pode ser muito dolorosa para os pais e certamente influenciará na qualidade do contato inicial. Assim, o medo da perda iminente e do desconhecido transformará, provavelmente, um momento de alegria em dúvidas e incertezas sobre o futuro próximo.

Por definição, o medo é o sentimento de viva inquietação ante à idéia de perigo real ou imaginário de ameaça, pavor, temor, receio [18]. Esse sentimento é expresso pelas mães, como constatamos nas falas a seguir:

> ... Eu fiquei com muito medo do problema respiratório. (Safira)
>
> ... Eu estou com medo de perder ela. (Esmeralda)
>
> ... Sabe qual é o meu maior medo? É dela morrer. (Brilhante)
>
> ... tenho medo de chegar lá e meu filho não estar mais. (Diamante)
>
> ... Eu tenho medo que ele morra, ele é muito pequenininho. (Jade)

Consoante percebemos, as mães deixam transparecer esse sentimento por não saberem ao certo o que está acontecendo com seu filho. Por isso, são importantes a informação correta, o diálogo entre a equipe de saúde e a família, para minimizar o temor sentido pelas mães neste momento de fragilidade. O acolhimento dos pais na UIN é pertinente, como recomendam a humanização do cuidado, a relação interpessoal e a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e a mãe e/ou a família do RN.

Nesse contexto, entendemos ser de fundamental importância a assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares dos seus filhos, em face do período de internação destes, que pode se alongar por dias, semanas ou, em alguns casos, meses.

Temática: *separação*

O nascimento de um bebê é um momento especial, cheio de expectativas, sonhos e ansiedades que envolvem toda a unidade familiar. Para as mães, em especial, o momento

de ver e tocar o bebê real constitui motivo de alegria, mas também de certa insegurança. Se as coisas não acontecem como previsto, um parto complicado ou prematuro, ou ainda, uma cesariana não programada, as prioridades são outras, e as situações que indicam o encaminhamento do RN à UIN concorrem para que mãe e filho sejam separados, ora por pouco, ora por muito tempo [7].

Por separação entende-se fazer a desunião do que estava junto ou ligado, apartar, afastar, interromper[18]. Muitas vezes esse rompimento gera impotência e fragilidade. As mães demonstram esse sentimento da seguinte forma:

> ... Quero pegar nele, mas não pode colocar no braço, é meu primeiro filho. (Safira)

> ... É muito ruim (chora), eu nem peguei nela depois que nasceu. (Esmeralda)

> Eu não peguei nele ... ele é muito pouquinho. (Ametista).

Conforme evidenciamos nas falas das mães participantes, embora algumas interrompidas por lágrimas, a separação é um motivo de angústia e sofrimento para muitas delas, pois não poder colocar o filho nos braços gera insegurança, principalmente no caso do primeiro filho. Da separação podem surgir outras conseqüências.

Quando as mães são separadas dos filhos durante as primeiras horas e dias após o parto, podem sentir dificuldades no desenvolvimento do apego [19]. Deduzimos, então, que o longo período de internação e a privação do ambiente fazem aumentar o estresse da mãe e da família, e isto pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e do apego.

A criança necessita da mãe, pois não subsiste sozinha, portanto, as habilidades e/ou dificuldades dessa (ou de quem assume o cuidado da criança) tornam-se essenciais na assistência à saúde. Em face das dificuldades de cuidar dos RNs pré-termo e de baixo peso, os pais destas crianças são considerados população de risco, e, desse modo, precisam de apoio durante a internação e após a alta hospitalar [20].

Temática: *ansiedade*

Ansiedade é um estado afetivo no qual há sentimento de insegurança [18]. Portanto, a ansiedade vivenciada por essas mães é um reflexo da preocupação com o estado de saúde do seu filho ou da falta de informações sobre ele. Muitas vezes esse sentimento culmina por acarretar uma barreira entre essas mães e seus bebês, e as impossibilita de desfrutar plenamente do momento junto ao RN.

Dentro dessa temática, emergiram estas falas:

> Sinto ansiedade eles, são uma caixinha de surpresa, uma vez eles pioram, outras melhoram. (Esmeralda)

> ... Fico ansiosa, ele foi entubado, ficou no CPAP, HOOD e na luzinha(fototerapia). (Rubi)

Uma das formas de superar a ansiedade diante destas situações é incentivar o contato precoce dos pais com os filhos. Sem dúvida, esta é a conduta mais correta a ser adotada pela equipe. Proporcionar aos pais a oportunidade de visualizar e tocar a criança, após o nascimento, será extremamente útil para iniciar o vínculo afetivo, apego e, por conseqüência, favorecerá o desenvolvimento [19].

Como mostram alguns estudos, a emissão dos toques afetivos pode demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade do profissional para o familiar, contudo, o familiar toca menos, talvez por se sentir inibido, ante o "poder" do profissional [21]. Conforme enfatizamos, é muito importante a família acompanhar seu filho logo que possível. Desse modo ela poderá participar dos cuidados e se preparar devidamente para a alta hospitalar [3].

Neste sentido, ao exercitarmos o cuidado humano, sentimo-nos gratificadas ao percebermos o quanto podemos realizar em favor de cada bebê, de cada mãe, de cada família, promovendo a harmonia e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Temática: *tristeza*

Tristeza significa falta de alegria, melancolia, mágoa, comiseração, pena, piedade [18]. Este sentimento manifesto pelas mães é muito significativo e exprime sua reação ao ver o filho recém-nascido internado em uma UIN, vivenciando a separação precoce imposta pelo parto prematuro e, em conseqüência, um longo período de internação. Tais separações entre os bebês e suas famílias ocasionam alterações comportamentais e psicológicas que

dificultam a formação do vínculo afetivo, apego, desenvolvimento e sobrevivência [12].

Em seus discursos, as mães deixaram transparecer a tristeza diante da patologia do filho e dos diversos procedimentos.

> ... Sinto muita tristeza, porque ele é cardiopata e está no tubo. (Topázio)

> ... Eu fico muito triste de ver ele nesses aparelhos, furado, mas pego nele, só não coloco no braço porque ele tá no HOOD. (Pérola)

Nos discursos, segundo observamos, essas mães demonstravam melancolia. Para elas, é um momento doloroso e delicado ver o filho em meio a aparelhos, cuidados intensivos e longe dos braços maternos. Estas emoções nem sempre são verbalizadas. Portanto, para percebê-las, devemos estar atentos às necessidades das mães, sobretudo as emitidas pelo corpo, por meio de gestos, posturas, expressões faciais, ou seja, pela comunicação não-verbal [21].

Para os pais, o período de internação do bebê na UIN é considerado uma crise. No entanto, a Enfermagem deve utilizá-lo, como oportunidade de ensinamentos, proporcionando mudanças positivas, amenizando o estresse e potencializando a experiência [22]. Neste período, devem ser valorizadas tanto a comunicação com a mãe do neonato internado como as relações interpessoais. Portanto, o acolhimento deve ser uma constante, pois a família, quando não é acolhida e incentivada a estar com o bebê, tende a se afastar da UIN e do filho recém-nato.

De acordo com o demonstrado em pesquisas anteriores, as enfermeiras de uma unidade neonatal experienciaram as reações das mães ante à internação do filho em um ambiente para elas estranho, onde a receptividade e a comunicação entre os profissionais não acontece de forma esperada e a vulnerabilidade emocional das mães, em especial, nem sempre é considerada [4].

Na referida experiência, faltou, sobretudo, o acolhimento como promoção do cuidado humano, o qual deve levar em conta tanto os pais quanto os neonatos. Como sabemos, estes são seres que necessitam ser amados e acariciados, e a eles devemos proporcionar não apenas os procedimentos técnicos e/ou invasivos, muitas vezes, hostis, embora indispensáveis, mas também o cuidado baseado no amor e na solidariedade.

Para atuar eficazmente com base neste cuidado, os enfermeiros precisam demonstrar saber e eficiência ao prestá-lo. Deste modo, poderão contribuir para melhorar a qualidade de vida e de saúde das pessoas sob sua responsabilidade. Portanto, neste momento de fragilidade, os diálogos entre a equipe de saúde e a família são essenciais para minimizar o temor sentido pelas mães.

Diante desses fatos, a enfermagem precisa buscar, nos referenciais sociais e psicológicos, subsídios para a reorganização da assistência, com vistas a desenvolver ações destinadas a auxiliar no relacionamento da criança com a mãe, com a equipe e da mãe com a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar o significado, para a mãe, da internação de um filho recém-nascido em uma Unidade de Internação Neonatal foi o objetivo deste estudo. Segundo pudemos constatar, o ambiente da UIN é considerado um local tenso e estranho, capaz de dificultar a interação do binômio mãe-filho. Para as mães, o simples fato de não poderem aconchegar o filho nos braços, oferecer carinho e amor, as fragiliza ante este evento de suas vidas.

Das falas das participantes emergiram sentimentos de medo, tristeza, ansiedade e preocupação com o estado de saúde do neonato; sentimentos estes revelados na vivência da internação do seu filho. Ante esta constatação, questionamos acerca das informações repassadas a essas mães sobre o estado clínico do bebê, dos procedimentos realizados, do aparato tecnológico que o cerca, em um ambiente estranho, frio e impessoal.

Fomos, então, levadas a refletir sobre a necessidade de se estabelecer um canal de comunicação efetivo com essas mães, pois, quando as orientações são repassadas de forma clara, a mãe as compreende melhor, e, desse modo, poderá ser minimizada a angústia sentida.

Como parte das nossas reflexões, esperamos que este estudo incentive os profissionais de saúde na percepção da importância da humanização da assistência, com ênfase na comunicação com a mãe de recém-nascido internado na UIN. A equipe de Enfermagem dessa unidade tem como meta e objetivo o cuidado ao neonato e à família. Por conseguinte, cabe-lhe assistir e acolher a família, em especial

a mãe, que se encontra fragilizada pelo inesperado de ter um filho apartado de si, logo após o nascimento, sem compreender na maioria das vezes o porquê dessa situação.

Assim, além da competência técnico-científica para atender às exigências decorrentes do diagnóstico e da terapêutica, a enfermeira necessita do embasamento teórico sobre relações interpessoais, o qual possibilita compreender melhor a convivência com as mães cujos filhos se encontram na unidade neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RMA. Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco. Passo Fundo: UPF; 2001. p.120.
2. Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Cenários distintos na assistência ao recém-nascido de baixo peso: da unidade de terapia intensiva à enfermaria mãe-canguru. Rev RENE, 2002 jul/dez; 3(2): 91-7.
3. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
4. Gurgel EPP, Rolim KMC. A primeira visita da mãe à unidade de terapia intensiva neonatal: o acolhimento como promoção do cuidado humano. Rev RENE, 2005 maio/ago; 6(2): 63-71.
5. Maldonado MT. Como cuidar de bebês e crianças pequenas. 3. ed. São Paulo: Saraiva; 1996. cap. 3. p. 23-7.
6. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. Rev Nursing, 2001 jul; 38(4): 25-9.
7. Campos ACS. Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia: pressupostos humanísticos. [tese] Fortaleza: Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.
8. Oliveira MMCO. Avaliação das crianças de muito baixo peso egressas da unidade de internação neonatal. [dissertação] Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.
9. Campos ACS, Leitão GCM. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre 2005 abr; 26(1): 50-6.
10. Rossato-Abedê LM, Ângelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. Rev Latinoam Enfermagem, 2002 jan/fev; 10(1): 48-54.
11. Campos ACS, Silveira IP, Cardoso MVLML.Transpondo a vidraça: a visão do pai na unidade de internação neonatal. Enfermagem Atual, 2004; 4(19): 19-23.
12. Campos ACS, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. Rev Latinoam Enfermagem, 2004 jul/ago;12(4): 606-13.
13. Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev Latinoam Enfermagem, 1998 dez; 7(5): 95-102.
14. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
15. Conselho Nacional de Saúde(BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução nº196/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.
17. Belli MAJ, Silva IA. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. Rev Enfermagem UERJ, 2002 set/dez; 10(3): 165-70.
18. Ferreira ABH. MiniAurélio século XXI: minidicionário da língua portuguesa. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002. p. 799.
19. Ministério da Saúde.(BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília; 2001. p. 281.
20. Schoch CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Rev Latinoam Enfermagem, 2003 jul/ago; 11(4): 539-43.
21. Santos KMAB, Silva MJP. Análise proxêmica das interações entre profissionais de saúde e familiares em UTI. Rev Paul Enfermagem, 2005; 24(2): 37-43.
22. Esteche CMGCE. Diarréia aguda na infância-aspectos epidemiológicos de um hospital distrital em Fortaleza. [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

RECEBIDO: 20/03/2007
ACEITO: 09/07/07

AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TRABALHADORES

EDUCATIONAL ACTIONS IN THE PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN WORKERS

ACCIONES EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS TRABAJADORES

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS[1]
HÉLDER DE PÁDUA LIMA[2]

Pesquisa participante, com o objetivo de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida de catorze trabalhadores com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, com a realização dos encontros educativos. As informações foram coletadas, através de entrevista. Os resultados foram organizados em categorias empíricas. Onze participantes estavam na faixa etária de 21a 44 anos, dez eram pardos, e um, negro. Os trabalhadores revelaram alguma noção sobre os fatores de risco da HAS e sua prevenção. Para esses, ter um estilo de vida saudável consistia em praticar exercícios físicos, gerenciar o estresse, consumir alimentos saudáveis, e abster-se de vícios. A realização dos encontros gerou modificações no estilo de vida de treze trabalhadores, com vista a prevenir e/ou controlar os fatores de risco ambientais, conseqüentemente o surgimento HAS em si mesmos, nos familiares e em outras pessoas do seu convívio.

PALAVRAS CHAVE: Hipertensão; Educação em saúde; Estilo de vida; Saúde do trabalhador.

This is a participative research aiming to evaluate the life style changes occurred with fourteen workers concerning the prevention of the risk factors of SAH, with the accomplishment of five educational meetings. The data was collected, through interviews. The results were organized in empirical categories. Among the participants, eleven were aged 21 to 44; ten of them were medium brown and one was black. The workers seemed to understand a little about the risk factors of SAH and its prevention. For such people, having a healthy life style, consisted in practicing physical exercises to manage with stress, to eat healthy food, and to avoid addiction. The meetings changed the life style of thirteen citizens, once they prevented and/or controlled the factors of environmental risks and, as a result, the risk of SAH in themselves, in members of their families as well as in other people with whom they have any relationship.

KEYSWORDS: Hypertension; Health education; Life style; Occupational health

Investigación participante, con el objetivo de evaluar las modificaciones ocurridas en el estilo de vida de catorce trabajadores con el fin de prevenir y/o controlar los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), con la realización de encuentros educativos. Las informaciones se recogieron a través de entrevista. Los resultados se organizaron en categorías empíricas. Once participantes tenían entre 21 a 44 años de edad, diez eran pardos y uno, negro. Los trabajadores revelaron alguna noción sobre los factores de riesgo de la HAS y su prevención. Para ellos, tener un estilo de vida saludable consistía en practicar ejercicios físicos, vigilar el estrés, comer alimentos sanos y abstenerse de vicios. La realización de los encuentros generó modificaciones en el estilo de vida de trece trabajadores, con el fin de prevenir y/o controlar los factores de riesgo ambientales, consecuentemente el surgimiento de la HAS en si mismos, en familiares y en otras personas que conviven con ellos.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Educación en salud; Estilo de vida; Salud laboral.

[1] Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Coordenadora da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana-LHAHM. Av. Washington Soares, 1321 Edson Queiroz CEP 60.811-905. Fortaleza-CE. zeliasantos@unifor.br

[2] Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Bolsista da CAPES. Rua Saci, 116 Parque Albano CEP 61.650-410. Caucaia-CE. pádua_helder@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos[1]. Em decorrência desses eventos, esta síndrome tem constituído um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana (DCC)[2].

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos maiores desafios para as autoridades do sistema público de saúde e profissionais dessa área, é a prevenção, o controle e o tratamento desde agravo na população em geral[3].

Todavia, a eficácia no controle e no tratamento da HAS é afetada pela não-adesão da pessoa hipertensa às condutas terapêuticas e preventivas. Embora não seja um problema exclusivo da HAS, por ser freqüente em outros problemas de saúde que exigem procedimentos terapêuticos prolongados, a falta de adesão às condutas anti-hipertensivas é por demais complexa.

Além disso, o tratamento e controle da HAS são uma das intervenções mais custo-efetivas que um profissional da saúde pode prover[4]. Outro fator que dificulta a adesão é a ausência de sintomatologia na HAS, porque 50% das pessoas que têm pressão alta não sabem que têm esse problema, pois como não apresentam sinais e/ou sintomas, geralmente têm a impressão de gozar de boa saúde. Estas pessoas podem ter alteração na pressão arterial (PA) e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência desta elevada. Então, o diagnóstico desta condição clínica é frequentemente confirmado casualmente, ou seja, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal[3,5].

Embora o seu surgimento esteja associado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça/cor e história familiar –, a prevenção da HAS pode ser obtida através da redução dos fatores de risco coadjuvantes e promotores, como estilo de vida adequado que, por sua vez, inclui a prática de exercício físico, o controle do peso, da ingestão reduzida de sal e do álcool, abolição do hábito de fumar, entre outros [6,7,8].

A mudança no estilo de vida constitui uma tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes, parecem exceder as possibilidades[9]. Assim, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma das soluções alternativas para conduzir as pessoas a essas mudanças para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes salubres [7,10].

A prática vivida da educação em saúde, através de grupos pode obter a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade, a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde e qualidade de vida[11,12]. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde[10].

O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superam suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida[13].

Deste modo, os hábitos e costumes de uma determinada população podem ser modificados, uma vez que cada indivíduo possa perceber-se como sujeito de sua história e, a partir de então, iniciar a tomada de decisões com respaldo em informações técnicas corretas[14]. Além de interferir de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável, tem o potencial de melhorar a qualidade de vida das pessoas, e não só de reduzir a PA[15,16].

No entanto, se tem observado que a maioria das pessoas adota um estilo de vida insalubre nos diversos campos da atividade humana: domicílio, escola, trabalho, entre outros.

O trabalho, em particular, exerce grande impacto no cotidiano do trabalhador, visto que grande parte da sua vida se passa no ambiente laboral. Mais que isso,[17] o trabalho pode influenciar comportamentos e oferecer condições de risco que podem afetar o processo saúde-doença, conduzindo o trabalhador à doença.

No estudo de Santos e Lima[18] com 800 trabalhadores, sobre o estilo de vida e sua relação com a gênese da HAS, constatou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria destes, e estava relacionado com o consumo excessivo de sal e reduzido de vegetais, e de carne vermelha. Cerca de 268 (33,5%) funcionários eram usuários de bebidas alcóolicas e 63 (7,8%) de tabagismo. Identificou-se também, que 89,7% eram sedentários, 29,8% frequentemente não gerenciavam as situações de estresse, e 46,7% apresentavam elevações de peso (sobrepeso e obesidade). Além disso, 103 (12,8%) entrevistados informaram pelo menos um dos problemas de saúde – diabetes mellitus, hipertireoidismo e dislipidemia –, que associados à HAS, multiplica o risco cardiovascular e cerebrovascular. Portanto, constatou-se que o estilo de vida dos trabalhadores era favorável ao surgimento da HAS. Diante deste resultado e da identificação de fatores de risco constitucionais entre esses trabalhadores – história familiar de HAS, cor negra, homens com idade superior a 40 anos, e mulheres com mais de 55 anos –, e estilo de vida insalubre, potencializa o risco iminente de HAS entre estes.

Então, diante dos resultados desse estudo e da problemática da HAS para a saúde pública, e em particular para a saúde do trabalhador; optamos por este estudo, com o objetivo de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida de trabalhadores com vista á prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, com a realização dos encontros educativos.

METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de uma pesquisa participante. Essa modalidade de pesquisa proporciona ao pesquisador o conhecimento da realidade alvo, como também possibilita integrar, através de uma contínua ação-reflexão-ação da situação definida, os participantes-pesquisadores, pela conscientização e entendimento para tomada de decisão, visando à transformação. O ponto central desta metodologia é a preocupação com o processo em si e não com o produto. Para tanto, é essencial a interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado, proporcionando espaço, em que as pessoas falem por si mesmas, desvelando a sua realidade, interagindo e ensinando-se mutuamente[19].

O processo de interação entre pesquisador e participantes do estudo, deu-se mediante a realização de cinco encontros educativos mensais, com a utilização de dinâmicas de grupo[20,21], como se segue:

- 1º Encontro – Apresentação entre facilitadores e trabalhadores, desenvolvimento das dinâmicas – pacto de convivência e resgate de sua motivação, com os objetivos de aproximar os participantes, identificar as expectativas e metas do grupo, e reforçar a memorização dos nomes dos participantes.
- 2º Encontro – Discussão sobre aspectos importantes relacionado à HAS, e reforçando a gravidade do seu problema para a Saúde Pública, com o objetivo de conscientizar os trabalhadores sobre a problemática desse agravo, caracterizando-o também, como risco ocupacional.
- 3º Encontro – Identificação dos fatores de risco da HAS, dentre esses, aqueles que podem estar vinculados ao trabalho, logo podem desencadear a HAS, como uma doença ocupacional.
- 4º Encontro – Abordagem sobre o estilo de vida saudável, que envolve alimentação saudável, prática regular de exercício físico, abolição do tabagismo e do alcoolismo, e gerenciamento do estresse e manutenção do peso saudável; definindo as condutas correlatas e, posteriormente, a discussão sobre as possibilidades de incorporá-las no estilo de vida.
- 5º Encontro – Avaliação das mudanças de atitudes, compatíveis com um estilo saudável.

O estudo foi desenvolvido com 14 trabalhadores lotados em uma empresa privada, ocupantes dos cargos de pedreiro, marceneiro, eletricista, vigilante e jardineiro; independentemente da cor, idade, sexo, escolaridade e renda

mensal, que aceitaram participar da pesquisa. Foi solicitada à empresa, a liberação mensal dos participantes durante 60 minutos do seu turno de trabalho, durante os meses de agosto a dezembro de 2006, período que correspondeu à realização da pesquisa.

As informações foram coletadas, através de entrevista, utilizando um roteiro semi-estruturado, aplicada em dois momentos: anterior aos encontros educativos, com a finalidade de apreciar o conhecimento dos participantes sobre os fatores de risco da HAS e as condutas de um estilo de vida saudável; e posterior a estes encontros, a fim de avaliar as modificações ocorridas no estilo de vida dos trabalhadores. Também, utilizou-se um diário de campo, para registro de observações complementares ao processo de análise compreensiva.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, e a análise baseou-se nas experiências dos trabalhadores, nos pressupostos da educação em saúde, e na literatura vigente.

O estudo realizou-se contemplando os preceitos ético-legais integrantes na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP[22]. Os participantes foram orientados sobre o anonimato, e que poderiam retirar o consentimento no momento em que desejassem. Os dados foram coletados após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, sob o Nº 389/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de possibilitar a análise, organizamos os resultados nas categorias – caracterização dos trabalhadores, identificação do conhecimento e das condutas preventivas dos fatores de risco da HAS, descrição do estilo de vida conforme a percepção dos trabalhadores, e avaliação das modificações ocorridas no estilo de vida após a realização dos encontros.

Caracterização dos trabalhadores

De acordo com o Quadro 1, os trabalhadores encontravam-se na faixa etária de 21 a 44 anos; onze eram do sexo masculino e três eram mulheres; treze não concluíram o ensino fundamental, e um cursava o ensino superior. Dentre os trabalhadores, onze estavam casados; dez tinham a cor parda, três eram brancos e um, negro. Oito participantes nasceram em Fortaleza-CE, e os demais em outros municípios do Estado do Ceará. Quanto à procedência, treze residiam na capital cearense, e um em Maracanaú-CE. A renda mensal variava entre 1 a 2 salários mínimos.

QUADRO 1 – Caracterização dos trabalhadores.

Faixa etária (anos)		**Sexo**	
21 a 30	09	Masculino	11
31 a 44	05	Feminino	03
Escolaridade		**Naturalidade**	
Ensino Fundamental Incompleto	13	Fortaleza	08
Ensino superior incompleto	01	*OM	05
Estado civil		**Cor**	
Casados	11	Parda	10
Solteiros	02	Branca	03
União estável	01	Negra	01
Renda mensal (salários mínimos)		**Procedência**	
Um	08	Fortaleza	13
Dois	05	Maracanaú	01

* OM – Outros municípios do Ceará.

A caracterização dos tarbalhadores nos permitiu a identificação dos fatores de risco para o surgimento da HAS – idade e sexo (homens com idade acima de 40 anos e mulheres a partir de 55 anos); cor (parda e negra); e história familiar. Os fatores de risco constitucionais para a HAS, são: idade, sexo, cor e história familiar[7]. A mulher tem melhor prognóstico do que o homem, devido a menor incidência do problema quando jovens. A HAS atinge cerca de 20% da população adulta, sendo que os indivíduos da cor negra têm lesões de órgãos-alvo com maior freqüência. Ainda em relação à cor, os indivíduos da raça negra pagam maior tributo à HAS. A prevalência deste agravo é maior entre os negros, seu controle é mais difícil e a maioria das complicações é mais freqüente, e a mortalidade é mais elevada[23]. Contribuem para isso, possivelmente, fatores ét-

nicos e sócio-econômicos[24]. Além da contribuição dos fatores de risco constitucionais para o surgimento da HAS, a prevalência dessa é inversamente proporcional à escolaridade e à renda, fato este derivado do menor nível de cuidados com a saúde presente nesses indivíduos[25].

Identificação do conhecimento e das condutas preventivas dos fatores de risco da HAS

Esta categoria apresenta o conhecimento prévio dos tarabalhadores sobre os fatores de risco da HAS – constitucionais e ambientais –, e as condutas preventivas destes fatores – uso adequado de sal, de gordura vegetal e de adoçantes dietéticos; abstenção do álcool e do tabaco; peso controlado; prática regular de exercício físico; ingesta adequada de café (até 100m/dia); preferência por vegetais e por carnes brancas; e gerenciamento do estresse.

Entre os participantes, três informaram somente a história familiar, dentre os demais fatores de risco constitucionais, como fator predisponente para HAS.

Dentre os fatores de risco ambientais – coadjuvantes e promotores da HAS – o consumo excessivo de sal foi citado por nove participantes, a ingesta excessiva de café por três, o consumo de álcool e de tabaco por oito, o não gerenciamento do estresse por sete, o sedentarismo por seis, o uso de gordura animal por quatro; e a obesidade por quatro. Dois trabalhadores indicaram diabetes mellitus, como uma das co-morbidades da HAS. Nenhum dos participantes citou nome de drogas hipertensoras.

Quanto às condutas preventivas dos fatores de risco ambientais da HAS, dez trabalhadores informaram o uso adequado de sal; quatro, o uso de gordura vegetal; seis, a abstenção do álcool e do tabaco; três, o peso controlado; oito, a prática regular de exercício físico; dois, a ingesta adequada de café; um, a preferência por vegetais; dois, o consumo habitual de carnes brancas; e sete, o gerenciamento do estresse. Nenhum dos participantes indicou o uso de adoçantes dietéticos.

Atualmente, a relação entre a ingesta de sal e o desenvolvimento da HAS é vista como um defeito genético das células tubulares renais, causando retenção de sódio e de água, aumentando o débito cardíaco, e posteriormente a pressão arteial (PA)[26]. Portanto, a redução no consumo de sal terá implicações favoráveis sobre o controle da pressão arterial[27].

A qualidade da energia consumida condiciona o risco cardiovascular pelo excesso de gordura saturada, colesterol, açúcar e sal. Dessa equação de risco participa o sedentarismo, favorecendo o acúmulo de energia, que leva ao sobrepeso/obesidade[28]. O controle adequado dos níveis lipídicos e glicêmicos acabará contribuindo para a prática de uma dieta menos calórica (com restrição de gorduras e carboidratos), sendo de grande auxílio na manutenção do peso ideal e conseqüentemente colaborando no controle da HAS[29]. Além disso, a ingesta elevada de café e de bebidas que contenham cafeína, aumenta a PA, entretanto, não há evidências de que o uso pertinente tenha efeito hipotensor[7].

Percebemos assim, que os trabalhadores revelaram algum saber, mesmo que elementar, sobre os fatores de risco da HAS e sua prevenção. Mas, o conhecer não é, apenas, adivinhar, mas tem algo que ver, de vez em quando, com adivinhar, com intuir. O importante é não satisfazer-se ao nível das intuições, mas submetê-las à análise metodicamente rigorosa da nossa curiosidade epistemológica. Para esse autor, quanto mais nos assumimos como estamos sendo e percebendo as razões de ser e de porque estamos sendo assim, mais nos tornamos capazes de mudar, de promovermos, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica[30].

Então, consideramos que a pessoa necessita obter conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, que poderão repercutir negativamente na sua saúde. Dessa forma, a educação em saúde surge como mediadora na prevenção da HAS, porque se constitui[10] em uma opção política, que busca a participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individual/coletivo), através de uma reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não hábitos e atitudes salubres com o respaldo em informações técnicas corretas.

Assim, acreditamos que os trabalhadores conhecendo os fatores de risco da HAS, poderão tomar decisões, que os conduzirão a um melhor nível de saúde e de bem-estar, consequentemente a conquista e qualidade de vida.

Descrição do estilo de vida conforme a percepção dos trabalhadores

O estilo de vida saudável era percebido pelos trabalhadores, através da prática de exercícios físicos, controle do estresse, alimentação saudável, harmonia no ambiente familiar, condições financeiras adequadas, equilíbrio entre atividade e repouso, e abstinência de vícios.

> Estilo de vida saudável é ter boa alimentação, prática regular de exercício físico, descanso para o corpo, bom ambiente familiar, evitar cigarro e bebida. (MST, 28 anos)

> É a boa alimentação (comer verduras, frutas, comer com pouco sal), é também fazer caminhada, jogar bola. É ter condição financeira melhor, porque tendo dinheiro você pode comprar comida saudável. (JEG, 44 anos)

O saber dos participantes associava com a prevenção primária da HAS que, por sua vez, pode ser realizada através de[6] mudanças no estilo de vida, incluindo o controle do peso, a ingestão reduzida de álcool e sal, abolição do hábito de fumar e a prática regular de exercício físico.

Sete participantes referiram ter estilo de vida saudável, em decorrência da prática de exercícios físicos, consumo de vegetais, busca de um relacionamento familiar harmonioso, e abstenção de álcool e de tabaco. Porém, para os outros sete trabalhadores o estilo de vida era insalubre, em decorrência do sedentarismo, alimentação inadequada, não gerenciamento do estresse, uso de bebidas alcóolicas, e conflitos familiares.

> Não tenho um estilo de vida saudável, porque não pratico esporte, não tenho boas amizades e sou muito estressado. (FJBS, 30 anos)

> Acho que tenho estilo de vida saudável, dentro do possível. Parei de fumar, estou tentando me alimentar melhor, mas gosto muito de carne gorda. (AFS, 24 anos)

> Eu só trabalho, não tenho diversão, e me preocupo bastante com a manutenção financeira da minha família. Não é fácil viver com pouco dinheiro neste país... (FARS, 27 anos)

> Como fora de casa devido o trabalho, e também não dá tempo de praticar esportes. Também, bebo umas cervejinhas e às vezes a gente discute em casa. Além disso, gosto de comer comida salgada. (SCO, 34 anos)

A HAS constitui agravo à saúde e seu surgimento está relacionado aos inadequados hábitos de vida, sem, contudo, desconsiderar os fatores de risco constitucionais. O estilo de vida da população tem contribuído substancialmente para a elevação da incidência da HAS, sendo o estresse um fator constante no cotidiano[7].

Os participantes apresentaram as sugestões para a adoção de um estilo de vida salubre: prática regular de exercícios físicos, monitoramento periódico da PA, harmonia no ambiente familiar, alimentação saudável, condições financeiras adequadas, manutenção do peso ideal, gerenciamento do estresse, abstenção do tabaco e do álcool, e prática religiosa.

> Nem sempre se pode ter um estilo de vida saudável. Por exemplo, a condição financeira influencia na alimentação, assim como o sedentarismo que também influencia na saúde. Tem que se evitar tudo aquilo que não condiz com um estilo de vida saudável – fumar, beber, comer bem. (MST, 28 anos)

> Não consumir drogas, praticar esportes, não exagerar na bebida, no cigarro. Ter uma religião, que é muito importante, acreditar em si mesmo, respeitar o próximo. Ser feliz, sorrir sempre, rir é uma manobra que faz bem. Um aumento significativo no salário também é importante, pois não é fácil manter um lar. (FARS, 27 anos)

> Procurar comer frutas e verduras, evitar comida salgada, bebidas, excesso de massas, cigarros e frituras. Praticar exercícios físicos. E quando tiver raiva, tentar se acalmar. Diminuir a quantidade de gordura. Não viver numa vida sedentária, procurar o profissional da saúde para medir a pressão, conviver em harmonia tanto em casa como no trabalho. (SCP, 34 anos)

A adoção de um estilo de vida saudável tem o potencial de melhorar a saúde das pessoas e não só de reduzir a PA[16]. Além disso, encontra-se relacionada com a conquista de qualidade de vida, interferindo de forma positiva nos fatores de risco cardiovascular[15].

Avaliação das modificações ocorridas no estilo de vida, após a realização dos encontros

A prevenção da HAS envolve, principalmente, ensinamentos para introduzir modificações nos hábitos e no comportamento. A incorporação dessas modificações ocorre de maneira lenta e deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas ao longo do tempo[2].

Para isso, faz-se necessária a utilização de estratégias educacionais, como oficinas, que ajudem o indivíduo a entender a importância do conhecer, para que sejam absorvidas em sua vida atitudes e práticas saudáveis, que contribuam para a prevenção da doença hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde[31].

A realização dos encontros educativos possibilitou modificações no estilo de vida em treze trabalhadores:

> Agora diminui o sal da comida. Gostava do café lá do trabalho, mas passei a tomar menos depois que fiquei sabendo que ele aumenta a pressão. De comida gordurosa eu nunca gostei muito. Só falta começar a fazer caminhada. Também, orientei minha família e amigos para ter um estilo de vida saudável. (MST, 28 anos)

> Passei a fazer caminhada das 05h às 06h da manhã. Convenci minha esposa a fazer também. Estamos fazendo quatro vezes na semana. Com a caminhada, acho que estou mais disposto, tenho menos estresse e preocupações. Também, diminuí a quantidade de cafezinho, de refrigerantes. (FJBS, 30 anos)

> Comecei a praticar exercício físico, coisa que nunca fiz. Estou fazendo natação duas vezes na semana. Só não faço mais vezes na semana por falta de tempo. Mudei também algumas coisas na minha alimentação e na da minha família. No refeitório eu passei a rejeitar aqueles alimentos gordurosos. Minhas filhas e minha esposa também estão comendo com pouco sal, principalmente depois que falei para elas sobre as doenças que uma alimentação inadequada pode causar. Nós também passamos a comer mais frutas e verduras. (LRA, 30 anos)

Nesses depoimentos evidenciamos a ocorrências de modificações favoráveis à prevenção da HAS em alguns participantes, e também a atuação dos participantes, como agentes multiplicadores das ações de educação em saúde na família. Ressalta-se que no primeiro encontro, os trabalhadores revelaram como objetivos de sua participação nesse estudo: tornar-se agente de autocuidado e multiplicador, cuidador familiar, mudança nos hábitos alimentares, prevenção da HAS, e ampliação de conhecimento sobre esse problema de saúde.

Para conscientizar os trabalhadores a adotarem um estilo de vida saudável, a educação em saúde é um recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude, que vise não só o controle da HAS, como também, a busca do melhor nível de saúde e de bem-estar. Mas,[32] a educação em saúde, deverá ser uma práxis em qualquer espaço institucional – escola, família e trabalho – que torne a pessoa livre e consciente na hora da seleção das condutas para um estilo de vida saudável.

Santos e Lima[32] reforçam que é muito importante, além do aspecto educacional, o acúmulo de informações a respeito da HAS e das mudanças no estilo de vida; o indivíduo deve estar consciente da gravidade dessa doença, que é assintomática, pois só assim, poderá se prevenir das complicações futuras e estar motivado para as alterações no

cotidiano, que talvez envolvam um dos aspectos mais difíceis de serem alcançados, que é a adesão às condutas de controle da HAS, e de prevenção de suas complicações.

Todavia, um sujeito não adotou hábitos salubres, embora tenha compreendido a importância da adoção de um estilo de vida saudável, justificando a indisponibilidade de tempo e a vivência de situações freqüentes de estresses no exercício das atividades laborativas.

> Não pratico atividade física regularmente pela falta de tempo. Também, acho que não tenho alimentação saudável. O meu trabalho também é muito estressante, nele eu resolvo muitos problemas ... mas vou tentar melhorar. (FARS, 27 anos)

Evidenciamos no relato desse trabalhador, que a ainda não foi possível mudar seus hábitos, contudo percebemos que ele estava motivado. Também, admitimos que os encontros educativos não tenham sido suficientes para a introdução de mudanças, porque o processo educativo demanda tempo, razão pela qual admitimos a existência de dificuldade nessa mudança.

Então, mudar é difícil, mas é possível. É a partir desse saber fundamental, que vamos programar nossa ação político-pedagógica, com a certeza do êxito, uma vez que é possível mudar, de que é preciso mudar, e de que preservar situações concretas de miséria é uma imoralidade. É assim que este saber que a história vem comprovando se erige em princípio de ação e abre caminho à constituição, na prática, de outros saberes indispensáveis[30] .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos permitiu admitir que os trabalhadores, demonstraram interesse em mudar seu estilo de vida, com vista a prevenir ou controlar os fatores de risco ambientais da HAS, conseqüentemente o surgimento desse agravo em si mesmo, nos seus familiares e em outras pessoas do seu convívio.

A realização dos encontros educativos possibilitou modificações significativas no estilo de vida, que poderão resultar na promoção da saúde e do bem estar, inclusive prevenindo a HAS, uma vez que esta continua sendo um fator de risco preponderante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Ressaltamos que a apropriação de um estilo de vida saudável é possibilitada através da educação. Esta é sempre uma estratégia fundamental para engajar a pessoa nas ações de autocuidado[33].

Os resultados deste estudo nos possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o impacto do nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, família e comunidade, na busca de mudanças de comportamento, com vista à promoção da saúde, quer seja na vigência de problemas de saúde ou não. Mas, em se tratando da HAS, e de outras doenças crônico-degenerativas, esse nosso papel reflete a relevante importância, no investimento na adesão de pessoas portadoras desses agravos, às condutas preventivas e de controle.

Portanto, mediante essa reflexão, sugerimos aos profissionais que acompanham pessoas hipertensas e aquelas portadoras de outros problemas de saúde, o planejamento e a implementação de estratégias educativas dessa natureza, envolvendo instituições de ensino e de serviço, com a finalidade de conduzi-las ao estilo de vida saudável, eliminando ou controlando os riscos da HAS e de outros problemas de saúde entre os familiares, principalmente aqueles hereditários, além do controle efetivo dessas enfermidades.

REFERÊNCIAS

1. Wetzel Junior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. Nursing (São Paulo) 2005 fev; 8(81): 70-5.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH. São Paulo (SP): 2006.
3. Reiners AAO. Hipertensão arterial: perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Texto & Contexto Enferm, 2004 jan/mar;13(1): 41-9.
4. Moreira TMM, Araújo TL. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. Rev. RENE, 2002 jul/dez; 2(2): 39-46.
5. Amato MCM, Amato SJTA. Estilo de vida. São Paulo: Roca; 2004.
6. Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e

hipertensão arterial em população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol, 2005 jan; 84(1): 29-33.

7. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza: Brasil Tropical; 2003.
8. Rosa E, Plavnik FL, Tavares A. Hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Med, 2004; 61(2): 56-69.
9. Maia GA, Morano MTAP. Hipertensão arterial: uma das soluções está na educação. Anima, Fortaleza (CE) 2002 abr/jun; 1(3): 67-73.
10. Wendhausen A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. Alcance, São Paulo 2001 maio; 10(2):19-23.
11. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 78-87.
12. Emmel MLG. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. Cad Terap Ocup, 2002 jan/jun; 10(1):30-41.
13. Silva DGV. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. Texto & Contexto Enferm, 2003 jan/abr; 12(1): 97-103.
14. Macena RM. Tendências pedagógicas e educação em saúde. Anima, Fortaleza (CE) 2003 out/dez; 1(5):29-37.
15. Souza WKB. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. Rev Bras Hiperten, São Paulo (SP) 2004; 11(2):115-16.
16. Heyde RVD, Heyde MVD. Implementando modificações no estilo de vida. Rev Bras Hipertens, 2004 abr/jun; 11(2):102-4.
17. Lucas AJ. O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. São Paulo: Iátria; 2004.
18. Santos ZMSA, Lima HP. Estilo de vida de funcionários de uma universidade privada e sua relação com a gênese da hipertensão arterial. Fortaleza: Universidade de Fortaleza: 2005.
19. Santos IE. Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica. Rio de Janeiro: Ímpetus; 2003.
20. Albigenor RM. SOS dinâmicas de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2003.
21. Barreto MFM, organizadora. Dinâmica de grupo: história, prática e vivências. Campinas: Alínea; 2003.
22. Ministério da Saúde(BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96). Brasília; 1996.
23. Amodeo C. Hipertensão arterial – como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med 2003 dez; 52(12): 193-200.
24. Pinheiro LA, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada: um estudo crítico. In: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro, 2003. Módulo 2, fasc 3, p. 16-26.
25. Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu; 2000.
26. Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
27. Fortes NA, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. Texto & Contexto Enferm, 2004 jan/mar; 13(1): 26-34.
28. Guimarães AC. Hipertensão como fator maior de risco de aterosclerose. Hipertensão, 2003; 4: 142-3.
29. Jardim PCBV. Abordagem não-medicamentosa do paciente com hipertensão arterial.

In: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro, 2003. Módulo 5, fasc 2, p. 10-9.

30. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
31. Ferreira Sobrinha M, Souza MF. Educação em saúde: uma estratégia para o autocuidado de clientes com hipertensão. In: Fraga MNO, Braga VAB, Souza AMA. Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinaridade: avaliação e métodos. Fortaleza: Pós-|Graduação- DENF/ UFC/FFOE/FCPC; 2001.
32. Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. RBPS Rev Bras Prom Saúde, 2005; 18(3):145-51.
33. Santos ZMSA, Silva RM; Monteiro D. Mulher com hipertensão e a relação com a menopausa. Rev. RENE, 2007; 7(1): 52-60.

RECEBIDO: 18/07/2007

ACEITO: 27/11/07

CONSULTA DE ENFERMAGEM A PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: A PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO PSF DO CEARÁ*

THE NURSING CONSULTATION TO THE CARRIERS OF HYPERTENSION: THE PRACTICE OF NURSES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM OF CEARÁ

CONSULTA DE ENFERMERÍA A PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: LA PRÁCTICA DE UN GRUPO ESPECÍFICO DE ENFERMEROS EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA DE CEARÁ

Francisca Bertilia Chaves Costa[1]
Thelma Leite de Araujo[2]

Objetivou-se investigar, em um grupo específico de enfermeiros do Programa Saúde da Família do Ceará, a prática da consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial. O estudo caracterizou-se como exploratório-descritivo, desenvolvido no período de 2004-2005 com 17 profissionais promotores de consultas de enfermagem a esta clientela. Foram descritos pelos participantes do estudo alguns tópicos inseridos nas etapas da consulta, relativos à identificação de queixas, exame físico e prescrições. Porém, a consulta da maioria dos participantes não condiz com os objetivos de controle da hipertensão arterial, conforme o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2001) e a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Foram mencionadas facilidades e dificuldades para a realização da consulta, mas as dificuldades predominaram. Segundo se conclui, os profissionais abordados incorporam o conhecimento sobre consulta de enfermagem apenas de forma parcial, e essa continua muito centrada no modelo tradicional biomédico.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Cuidados de Enfermagem; Programa Saúde da Família.

The aim of this study was to investigate, in a specific group formed by nurses belonging to the teams of the Family Health Program of Ceará, the practice of the nursing consultation to the people with arterial hypertension. This study was characterized as exploratory-descriptive, developed from 2004 to 2005 with 17 nursing consultations professional promoters to assist the mentioned patients. Some topics inserted in the stages of the nursing consultation were described by the participants of the study. They were related to the complaints identification, physical examinations, and (orientations). However, the consultation of the majority of the participants, are not according with the objectives of the arterial hypertension control on the basis of the Plan of Hypertension and Diabetes Mellitus (2001) attention Reorganization and to the 5th Brazilian Policies for de Arterial Hypertension. According to what was concluded, the professionals approached, incorporate the knowledge on nursing consultation only partially and this still continues much centered, in the traditional biomedical model.

KEYWORDS: Hypertension; Nursing care; Family Health Program.

El objetivo fue investigar, en un grupo específico formado por enfermeros de equipos del Programa Salud de la Familia del estado de Ceará, la práctica de la consulta de enfermería al portador de hipertensión arterial. El estudio se caracterizó como exploratorio-descriptivo, desarrollado en el período de 2004 a 2005, con 17 profesionales promotores de consultas de enfermería a esta clientela. Fueron descritos por los participantes del estudio algunos tópicos implantados en las etapas de la consulta de enfermería, relativos a la identificación de quejas, de revisiones físicas y prescripciones (orientaciones). Sin embargo, la consulta de la mayoría de los participantes no se encaja con los objetivos de control de la hipertensión arterial, según el Plan de Reorganización de la Atención a la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (2001) y la V Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial. Se mencionaron facilidades y dificultades para la realización de la consulta, pero predominaron las dificultades. Según se concluye, los profesionales abordados incorporan el conocimiento sobre consulta de enfermería sólo de forma parcial, y la misma continúa muy centrada en el modelo tradicional biomédico.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Atención de Enfermería; Programa Salud de la Familia.

* Monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família. Apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - CE, 2005. Trabalho inserido no Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular. CNPq nº 500639/2003-5.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - DENF/UFC. Endereço: Rua Almirante Rufino, n° 1450, Apto. 803 III, Montese. Fone: (85) 88072675. Fortaleza - CE. E-mail: bertilia_chaves@hotmail.com

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - DENF/UFC, pesquisadora do CNPq. Endereço: Rua Kasel,35, Parque Manibura. Fone: (85) 32785087. Fortaleza - CE. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença de caráter multígeno e multifatorial que pode ser identificada entre as doenças crônico-degenerativas e, quando não tratada adequadamente, causa danos ao organismo[1]. Por ser multifatorial, deve envolver, entre outras ações, orientações voltadas para todas as características relacionadas à doença e ao seu tratamento. Assim, o suporte para a adesão do cliente ao programa de tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens. Ao mesmo tempo, a formação de uma equipe multiprofissional proporciona uma ação diferenciada e de sucesso no tratamento anti-hipertensivo e no controle dos demais fatores de risco cardiovascular[2].

Atualmente, no Estado do Ceará, os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus são acompanhados por estratégias específicas, como o programa de tratamento de hipertensão e diabetes, já expandido até para municípios mais distantes da capital, pois está inserido no Programa Saúde da Família (PSF), no qual a clientela com hipertensão arterial e diabetes mellitus é acompanhada por uma equipe multiprofissional. Neste programa, a ação dos enfermeiros centra-se não apenas na consulta de enfermagem (CE) para pessoas já diagnosticadas, mas também na educação em saúde, com vistas à prevenção de outras doenças e de complicações. As ações de educação em saúde são necessárias para que os pacientes passem do papel de passivos para o de participantes ativos do seu tratamento, capazes de realizarem escolhas e de adotarem comportamento saudáveis, não porque foram impostos pelos profissionais, mas sim a partir de uma tomada de consciência sobre a sua importância[3].

Destarte, enfatiza-se a necessidade das intervenções do enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial serem voltadas para o engajamento do cliente no autocuidado a fim de manter seus níveis tensionais controlados, no intuito de atingir um melhor nível de saúde[4].

A consulta de enfermagem tem importante papel nesse engajamento, pois supõe a entrevista para a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, a implementação de cuidados e as orientações das ações relativas aos problemas encontrados[5].

Esta consulta constitui um espaço no qual se dá o processo educativo, objetivando a mudança de comportamento da clientela portadora de hipertensão arterial. Assim, as orientações de enfermagem, por meio de uma intervenção sistematizada, possibilitam a transformação dessa clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de cuidados na família e na comunidade[4].

Apesar desses argumentos, segundo verificamos, no decorrer da nossa experiência profissional no Programa Saúde da Família, poucas vezes se consegue realizar intervenções eficientes com os portadores de hipertensão arterial, pois esses mesmo sendo acompanhados por equipes do programa, não conseguem manter sua pressão arterial dentro da faixa de normalidade. Dessa forma, são válidos os seguintes questionamentos: Como está sendo realizada a consulta de enfermagem com essa clientela? Estarão os enfermeiros sendo preparados para atuar nesse programa e capacitados para acompanhar os pacientes buscando atingir os objetivos de manutenção de valores da pressão arterial em faixas de normalidade e de diminuir a ocorrência de complicações?

A partir do exposto, buscamos desenvolver este estudo com o objetivo geral de investigar a prática da consulta de enfermagem ao cliente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família.

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes: caracterizar os enfermeiros que atuavam em programas de tratamento para a hipertensão arterial quanto à formação e tempo de atuação; investigar acerca da preparação dos enfermeiros para atuar nos programas de tratamento de hipertensão arterial; identificar as atividades realizadas na consulta de enfermagem e relacionar as facilidades e dificuldades para os profissionais desenvolverem a consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, com dados coletados no período de dezembro de 2004 a fevereiro de 2005. A

população foi constituída por 25 enfermeiros, dentre esses estavam os que atuavam em diferentes equipes do Programa Saúde da Família e que no momento da realização do estudo se encontravam cursando a Especialização em Saúde da Família, oferecida pela Faculdade de Medicina, por meio do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, a partir de incentivos provenientes do Mistério da Saúde. Participaram do estudo 17 enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar atuando profissionalmente no Programa Saúde da Família no período da coleta de dados, ser responsável pelo programa de tratamento de hipertensão e diabetes, realizar consultas de enfermagem a portadores de hipertensão arterial. Não foi estabelecida a necessidade de um tempo mínimo de experiência profissional.

Antes da coleta de dados, a proposta do estudo foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, no intuito de atender aos aspectos recomendados na Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos[6].

Os dados foram coletados com fonte do tipo primária, os enfermeiros, com a aplicação de um formulário tendo como eixo as questões indicadas pelos objetivos propostos para o estudo. Para investigar a consulta de enfermagem ao cliente portador de hipertensão, os enfermeiros foram questionados sobre: treinamento específico para atuar no Programa, organização e desenvolvimento da consulta, atividades que consideram integrantes da consulta, mesmo que, por motivos diversos, não sejam efetivadas, facilidades e dificuldades para a realização da consulta e recursos disponíveis para dirimir dúvidas surgidas durante a consulta.

A organização e análise dos dados foram feitas estatisticamente mediante a utilização da freqüência absoluta no software Excel XP e categorizadas segundo similaridade do seu conteúdo e quantificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO ÀS VARIÁVEIS SEXO, IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO, TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, TREINAMENTO PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES. FORTALEZA – CE, 2004 – 2005

VARIÁVEIS		(f)
Sexo	Masculino	1
	Feminino	16
Idade (em anos)	20¦—¦24	2
	25¦—¦29	9
	30¦—¦34	3
	35¦—¦39	2
	40¦—¦44	1
Tempo de formado (em anos)	< 1	1
	1¦—¦5	12
	6¦—¦10	2
	> 10	2
Tempo de experiência profissional (em anos)	< 1	1
	1¦—¦5	12
	6¦—¦10	2
	> 10	2
Tempo no programa de hipertensão e diabetes mellitus (em anos)	< 1	2
	1¦—¦5	11
	6¦—¦10	8
	> 10	1
Tempo de atuação no Programa Saúde da Família (em anos)	< 1	2
	1¦—¦5	11
	6¦—¦10	3
	> 10	1
Treinamento para o Programa Saúde da Família	Sim	9
	Não	8
Capacitação para atuar no programa de tratamento de hipertensão e diabetes	Sim	5
	Não	12

No quadro 1, pode-se observar a caracterização dos participantes. Trata-se de um grupo predominantemente feminino, jovem, na predominante faixa etária de 25 a 29 anos, com tempo de formação e de atuação no programa de, no máximo, cinco anos. Apenas dois enfermeiros tinham experiência em área hospitalar antes de trabalhar no PSF. Esta característica de enfermeiros jovens e com pouco tempo de graduação no Programa Saúde da Família constitui fato muito comum e observado em estudos realizados em outras regiões do país[7].

Observa-se, em especial no estado do Ceará, que ao concluir o curso de graduação, parte significativa dos en-

fermeiros recém-formados e jovens encontram mais facilidade para trabalhar nas cidades afastadas dos grandes centros (capital e cidades maiores), onde geralmente moram e estudam. A oferta de emprego em locais distantes, com salários muitas vezes superiores à média dos centros maiores, atrai os profissionais, mas ao mesmo tempo os mantém distantes de outros profissionais e de locais de formação e atualização do conhecimento. A existência de estágio curricular em áreas rurais, desenvolvido nos últimos semestres do curso em uma das escolas de enfermagem da capital, favorece parcialmente esta situação. O aluno aproxima-se da realidade das pequenas cidades e constata ser relativamente mais compensador trabalhar nestes locais. Lá obtém remuneração maior e status profissional aparentemente mais definido. Assume o emprego e só mais tarde percebe as dificuldades de coordenar a equipe de saúde de programas amplos e com uma clientela numerosa quando possui pouca experiência profissional, sem recursos para resolver dúvidas e para discutir os problemas enfrentados no dia-a-dia.

O Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família como uma das formas de implantação do Sistema Único de Saúde[8]. Sua estratégia de trabalho em equipe deveria representar uma mudança no modelo de assistência fragmentada e centrada em ações médicas. No entanto, se os membros da equipe não forem capacitados para este tipo de estratégia, os objetivos propostos dificilmente serão alcançados.

Quanto à caracterização dos participantes do estudo em relação a sexo, idade, tempo de graduação, especialização e tempo de atuação, os achados se aproximam aos de outras regiões do país, conforme se constata ao analisar trabalhos que enfocam este aspecto[9].

Ao serem indagados sobre treinamentos específicos para desenvolverem atividades no PSF, nove (9) confirmaram haver sido capacitados. No entanto, segundo ressaltaram, isto só ocorreu posteriormente à sua introdução no programa, quando participaram de curso de capacitação com carga horária de 40 horas.

Conforme identificado, também, a maior parte dos enfermeiros (12) não teve nenhum preparo específico para atuar no controle e tratamento da hipertensão e diabetes. Esse aspecto vem confirmar que os profissionais não são orientados nem para o ingresso no Programa Saúde da Família, nem para atuar em programas específicos (a exemplo do programa de tratamento da hipertensão e diabetes).

Como atividade privativa do enfermeiro, a consulta de enfermagem está respaldada na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, com a regulamentação do exercício de enfermagem[10]. Por ser importante na composição das ações de saúde, as ações produzidas devem integrar o sistema de prestação de serviços de saúde. Os enfermeiros devem aprofundar os conhecimentos e as práticas na metodologia proposta, com ênfase no campo clínico específico da sua área de atuação, desenvolvendo, concomitantemente, habilidades educativas e terapêuticas. A consulta de enfermagem também envolve um momento educativo que visa preparar tanto o indivíduo como a família para o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção e recuperação da saúde[4]. As Sociedades Brasileiras de Especialistas em Cardiologia, Nefrologia e Hipertensão reconhecem a necessidade da adoção de uma abordagem multiprofissional para ser o tratamento da hipertensão arterial efetivo. Relacionam ações comuns a toda a equipe profissional e ações específicas de diferentes categorias. Segundo ressaltam, a consulta de enfermagem é parte das ações específicas do enfermeiro neste programa[2].

QUADRO 2 – ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PARTICIPANTES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM. FORTALEZA – CE, 2004 – 2005

ATIVIDADES REALIZADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	**SIM** (f)	**NÃO** (f)	**TOTAL** (f)
Verificação da PA	17	0	17
Verificação do peso	4	13	17
Verificação da altura	1	16	17
Verificação da glicemia	1	16	17
Identificação de queixas	15	2	17
Avaliação física dos diferentes sistemas	5	12	17
Atendimento à família	2	15	17
Busca de informações sobre consultas anteriores em prontuários	3	14	17
Orientação: medicação	13	4	17
Orientação: alimentação	16	1	17
Orientação: higiene pessoal	2	15	17
Orientação: atividade física	14	3	17
Encaminhamentos a outros profissionais	6	11	17
Transcrição de receitas	9	8	17
Agendamento de retornos	5	12	17

A consulta de enfermagem apresenta-se como direcionada às ações de enfermagem dispensadas ao cliente, e fundamenta-se na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas[11].

Ao se deter, durante o estudo, na forma como os enfermeiros descreviam a realização da consulta de enfermagem, as atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades para seu desempenho, buscou-se verificar de que modo estes enfermeiros conseguem realmente corresponder às expectativas sobre eles.

Conforme se observa ao analisar os dados (quadro 2), eles executavam diferentes atividades durante a consulta de enfermagem, centradas nas etapas de levantamento de dados e de intervenções, mesmo que nenhum enfermeiro tenha feito referência explícita à utilização de uma metodologia própria para o planejamento e implementação da assistência da enfermagem. Esse aspecto é extremamente importante, pois é com uma metodologia própria, o processo de enfermagem, abrangendo os diagnósticos de enfermagem e suas intervenções que os clientes poderiam diferenciar a consulta da enfermagem da consulta médica.

No entanto, mesmo sem mencionar nenhuma preocupação em ter uma base teórica específica ou em citar componentes diferentes da consulta médica, os enfermeiros relataram tópicos que correspondem às etapas metodológicas da assistência de enfermagem preconizada pela maioria dos estudos de enfermagem[5,11-12]. A totalidade dos profissionais faz o levantamento de dados da clientela, pelo menos no relacionado à avaliação da pressão arterial. Todavia apenas quatro identificam o peso do cliente, uma variável significativa para avaliar o controle da hipertensão arterial. Da mesma forma, poucos profissionais(1) atentam para a avaliação da estatura do cliente. Constata-se, assim, que o levantamento é incompleto para o objetivo da consulta, porque o índice de massa corporal é um parâmetro que precisa ser verificado e acompanhado no tratamento da pessoa portadora de hipertensão arterial, em razão da grande relação existente entre elevação da pressão arterial e índice de massa corpora[12]. Outros itens do exame físico geral, que deveriam constar de investigação sobre o funcionamento de outros sistemas, também não recebem maior atenção, apesar de 15 participantes do estudo terem referido buscar identificar as queixas da clientela.

A etapa de intervenções constou de orientações descritas como relativas ao uso da medicação (13); alimentação (16); higiene pessoal (2) e atividade física (14). Diante das porcentagens compreende-se que estas atividades foram consideradas como tópicos essenciais, pelos profissionais participantes do estudo, a serem repassados durante a consulta para os portadores de hipertensão arterial.

A transcrição de receitas médicas no momento da consulta é uma atividade executada por nove enfermeiros. Esta transcrição ocorre porque em diversos programas os clientes, nos seus retornos, não são atendidos pelo médico. Compete, então, ao enfermeiro determinar a continuidade do plano terapêutico já instituído. Em virtude da deficiência na avaliação das condições de saúde do cliente, a transcrição de medicamentos revela-se uma função meramente rotineira, pois o esquema terapêutico não é ajustado para o quadro clínico e sim repetido como praxe. Ao passar parte do seu tempo de consulta transcrevendo receitas médicas, acredita-se que os enfermeiros têm menos tempo para investigar o grande problema de todos os programas de tratamento: a adesão ao esquema terapêutico, pois a não adesão ao tratamento proposto tem atingindo aproximadamente 50% dos pacientes[13]. Isto é, o fornecimento de receitas e de medicamentos é necessário, mas da mesma forma os enfermeiros devem estar atentos para investigar durante a consulta se o esquema terapêutico está sendo seguido adequadamente pelo cliente. Ao investigar de forma sistemática como estão evoluindo os índices de massa corporal, pressão arterial, colesterol e glicemia, entre outros, e não apenas registrar como se encontram em um momento específico, os enfermeiros estariam avaliando a adesão ao tratamento e obtendo dados para uma orientação individualizada. O agendamento das consultas de retorno também não é uma atividade cumprida com freqüência (5), justificando-se que para alguns clientes "não haveria a necessidade de aprazamento de retorno", porque eles devem retornar quando sentirem necessidade, por sintomas físicos ou para buscarem mais medicamentos.

A consulta de enfermagem, sistematicamente, deve compreender a descrição de um levantamento de dados com enfoque mais amplo do que o da anamnese médica. Por sua vez, a elaboração de diagnósticos de enfermagem deve contemplar ações, adotando-se ou não taxonomias consagradas, a identificação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e contro-

lam a realização de outras medidas possíveis de influir na adoção de práticas favoráveis à saúde[12].

Para esta consulta ocorrer na prática, não basta apenas a boa vontade do enfermeiro. É preciso se dispor de recursos materiais e humanos. Entre os requisitos importantes para a realização da consulta, destacam-se, entre outros, o preparo adequado do profissional para desempenhar esta atividade, uma relação mais condizente entre número de pessoas atendidas e profissionais e a determinação de funções específicas, com clara definição das atribuições de cada um na equipe.

Indagados sobre quais atividades de uma consulta de enfermagem não conseguem habitualmente desenvolver, 05 enfermeiros informaram fazer uma consulta considerada completa, enquanto quatro disseram que deveriam fazer, mas não fazem, atividades educativas para grupos de pacientes antes da consulta de enfermagem. Outras atividades importantes e não constantes da consulta foram lembradas por um ou dois dos enfermeiros, e como são fundamentais na avaliação de portadores de hipertensão arterial, merecem ser comentadas. São as seguintes: verificação de peso corporal (1), avaliação da freqüência respiratória (1), avaliação da freqüência cardíaca (1) e até mesmo a inclusão da família na consulta de enfermagem (2). Apenas um enfermeiro afirmou não executar a atividade de maior prioridade na consulta, a prescrição de enfermagem. É importante destacar que justificativas como falta de tempo e de recursos humanos, foram utilizadas para a questão.

Pelas respostas, aparentemente, parte dos enfermeiros considera sua consulta como completa, mesmo que possa abarcar outras atividades, tais como inclusão da família na consulta de controle da hipertensão e a realização de atividades educativas grupais com os portadores.

A maioria dos enfermeiros parece não dominar o conhecimento teórico e prático referente à metodologia da assistência de enfermagem, pois seu levantamento de dados é precário, resumindo-se na maior parte das vezes apenas à verificação da pressão arterial e à relação das queixas do cliente, para decidir se devem ou não encaminhá-los ao médico da equipe. Se o cliente não referir queixas e se a pressão arterial estiver normal, o enfermeiro apenas transcreve a receita e faz orientações pertinentes ao cliente.

É importante que os enfermeiros contem, além do conhecimento sobre a consulta, com recursos materiais e organizacionais para sua realização. Indagados sobre quais recursos utilizam para a avaliação dos clientes portadores de hipertensão arterial durante as consultas, 13 enfermeiros citaram a existência de anotações em prontuários e 11 informaram que as queixas do cliente são os recursos para sua avaliação. Apenas 05 citaram contar com instrumento específico como guia para o levantamento de dados e um enfermeiro informou que o cartão do cliente é um recurso para sua avaliação.

O levantamento de dados da consulta de enfermagem não deve se limitar a uma acurada anamnese. Dele deve fazer parte um cuidadoso exame físico. Para tanto, e considerando o fato de que a maior parte dos enfermeiros tem pouca experiência profissional, devem dispor de um formulário próprio que englobe questões a serem levantadas sobre o estado de saúde do paciente, sempre vistas pela ótica holística, na qual está baseado o atendimento de enfermagem[5].

Ainda em relação às questões referentes à consulta de enfermagem, os profissionais foram interrogados quanto às facilidades e dificuldades para a realização da consulta (Quadro 3).

QUADRO 3 – FACILIDADES E DIFICULDADES CITADAS PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM. FORTALEZA – CE, 2004 – 2005

FACILIDADES	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Acessibilidade	3
Adesão ao tratamento	2
Acompanhamento dos agentes comunitários de saúde	1
Recursos disponíveis para uma avaliação completa	3
Triagem	1
Local adequado para a consulta	2
Disponibilidade de medicamentos	2
Colaboração intersetorial	1
Integração da equipe	1
Sistematização do serviço	2
Consultas médicas e de enfermagem	1
DIFICULDADES	
Acessibilidade	6
Tempo curto para a consulta	2
Adesão ao tratamento	4
Falta de materiais para a avaliação do cliente	1
Local inadequado para a consulta	4
Falta de medicamentos	1
Seguir a preconização da literatura para a consulta	1
Falta de atualização profissional	1
Grande demanda	6
Sistema precário de referência e contra-referência	1
Falta de consulta médica	4
Falta de normalização à prescrição de enfermagem	1

Consoante percebeu-se, os enfermeiros tiveram certa dificuldade em encontrar fatores identificados como facilitadores para a realização da consulta de enfermagem. Foram citados onze itens. Cada um deles foi referido por apenas um, 02 ou 03 profissionais. Três enfermeiros relataram como facilitadores os recursos disponíveis para uma avaliação completa das condições do cliente, enquanto 03 se referiram à acessibilidade dos clientes ao posto, 02 se lembraram de que o serviço é sistematizado, que há disponibilidade de medicamentos, que o local das consultas é adequado e que a adesão ao tratamento é um elemento facilitador. A integração da equipe, a triagem antes da consulta, a colaboração intersetorial, o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde e a existência da consulta médica e da enfermagem foram lembradas apenas uma vez, respectivamente.

Os participantes do estudo mencionaram mais dificuldades que facilidades para a realização da consulta de enfermagem. Dos doze itens relacionados, a falta de acessibilidade e a grande demanda de clientes foram referidas por 06 entrevistados. Seguiram-se a não adesão ao tratamento, a avaliação de que o local de realização da consulta não é adequado e a falta de medicamentos, cada aspecto citado por 04 enfermeiros. Aspectos relevantes que possibilitam a consulta de enfermagem, como recursos materiais para sua realização, falta de atualização do profissional e de normalização da prescrição, tiveram apenas uma menção no estudo. Talvez por não dominarem o conhecimento sobre consulta de enfermagem, os enfermeiros parecem ter dúvidas sobre os elementos que dificultam e facilitam sua realização. Este aspecto contribui para limitar a tentativa de suprir as dificuldades e se estabelecer como meta a atualização do conhecimento. No entanto, quando indagados sobre os recursos perseguidos para dirimir dúvidas, os livros foram os mais citados, entre estes os manuais distribuídos pelo Ministério da Saúde. Outros recursos mencionados foram a Internet e outros profissionais. Um enfermeiro referiu não buscar nenhum recurso para esclarecer suas dúvidas.

CONSIDERACÕES FINAIS

A análise dos achados permitiu inferir-se que a atividade caracterizada como correspondente a uma consulta de enfermagem incorpora, apenas de forma parcial, uma metodologia própria para o cuidado específico de enfermagem. A consulta relatada pelos 17 profissionais da área da enfermagem, participantes do estudo, ainda se encontra muito centrada no modelo tradicional biomédico. Isto é, voltada para o indivíduo, sem considerar outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, como seu meio psicossocial e familiar. No entanto, mesmo que se adote uma abordagem individual a família precisa ser incluída nas orientações.

A maior parte dos sujeitos da pesquisa apresentavam-se com um a cinco anos de formação. Nesse intervalo também se encontravam o tempo de experiência como profissional enfermeiro, o período de atuação em programas voltados para o atendimento de clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, e o tempo de trabalho em equipes do Programa Saúde da Família.

Na prática investigada os procedimentos mais descritos foram a verificação da pressão arterial, a identificação de queixas, a transcrição de receitas e orientação referentes a medicação, alimentação e atividade física.

Evidencia-se, ainda, a necessidade da conscientização do enfermeiro, pois a consulta de enfermagem é uma atividade que demanda habilidades cognitivas e relacionais. No caso específico, a consulta é ainda mais específica, porque se desenvolve com portadores de doenças crônicas que levam a tratamentos contínuos, quase sempre com mais de um fármaco e que exigem mudanças no estilo de vida.

Além disso, existe o próprio despreparo para atuar com uma clientela tão específica e que depende de ações efetivas dos profissionais da equipe de saúde para o tratamento da sua doença, pois de acordo com o Mistério da Saúde o enfermeiro deve ser preparado para conhecer suas atribuições e competências para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, tendo entre outras atribuições a de realizar a consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis complicações do tratamento[14].

Dessa forma, torna-se relevante ser comentado que o ensino de graduação deve incluir nos seus conteúdos a sistematização da assistência e que a consulta de enfermagem precisa ser compreendida como um instrumento para um cuidado de qualidade. Seu foco de atuação deve ser

diverso do direcionamento da consulta médica. Vale ressaltar que os profissionais precisam ir além dessa formação, buscando, nos programas de educação continuada, o aprofundamento de seu conhecimento, como já abordado em outros estudos[11,15].

REFERÊNCIAS

1. Amodeo C. Hipertensão Arterial: como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med 1995; 52:193-200.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBH/SBC/SBN; 2006. 50p.
3. Victor JF, Vieira NFC. A educação em saúde na visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF). Rev. RENE, 2002; 3(2):43-8.
4. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR; 2002.
5. Maciel ICF. Fatores intervenientes na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de enfermagem [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2000.
6. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, 1996; 4(2 supl.):15-25.
7. Eermel RC, Fracolli LA. O trabalho dos enfermeiros no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):533-9.
8. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília (DF); 1998.
9. Tavares DMS, Moreira MIGB. O trabalho do médico e do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Rev Enfermagem Atual 2003; 3(18):17-21.
10. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Lei do Exercício Profissional. Fortaleza; 2004.
11. Maciel ICF, Araujo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev Latinoam Enfermagem 2003; 11(2):207-14.
12. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
13. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes atendidos em um ambulatório de referência. Arq Bras Cardiol 2001; 76(5):3524.
14. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; 2001.
15. Rabello CCP, Pierin AMG, Mion Júnior D. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2):127-34.

RECEBIDO: 02/04/2007
ACEITO: 11/06/07

PERCEPÇÕES DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV FRENTE ÀS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS

PERCEPTIONS OF HIV- POSITIVE WOMEN TOWARDS SEXUAL EXPERIENCES

PERCEPCIONES DE MUJERES PORTADORAS DE VIH ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS SEXUALES

MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANO[1]
EMERY CIANA FIGUEIREDO VIDAL[2]
EGLÍDIA CARLA FIGUEIREDO VIDAL[3]

A AIDS, como objeto complexo, desvela questões de foro íntimo, particularmente da área sexual. Objetivou-se compreender as implicações da sorologia positiva para HIV na sexualidade de mulheres que vivem com a doença. Estudo qualitativo, descritivo, realizado de maio a junho de 2006, utilizando entrevista semi-estruturada com 12 usuárias do ambulatório de infectologia de Juazeiro do Norte - CE. Pela técnica de análise de conteúdo foram estabelecidas quatro categorias: 1. esfera sexual: mudanças nas práticas sexuais; 2. tipos de práticas sexuais experienciadas; 3. significado do preservativo; 4. o desejo sexual. Papéis de gênero são decisivos para as práticas exercidas, sensações de prazer despertadas e uso do preservativo, em que desigualdades de gênero aparecem como um componente maciço, chamando atenção à fragilidade feminina frente ao exercício da sexualidade e ao processo de ser/sentir-se indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Soropositividade para HIV; Sexualidade; Comportamento sexual.

AIDS, as complex subject, mobilizes for the public sphere, parameters relegated to the private sphere. It also unveils private court questions, which are particular of the sexual area. Our objective with this study was to understand the implications of the positive serology for HIV in the sexuality of women who live with the disease. It's a qualitative and descriptive study, carried out from May to June 2006 using semi-structured interview with 12 users from the Clinic of Infectlogy in Juazeiro do Norte-CE. By the technique of content analysis four categories had been established: 1. Sexual sphere: changes in the sexual practices; 2. types of experienced sexual practices; 3. Meaning of the condom; 4. the sexual desire. Gender roles are decisive for their practices, sensations of pleasure and use of the condom, in which gender inequality are shown as a massive component, calling attention to the feminine fragility front to the exercise of its sexuality and the process of being and feeling of the individual.

KEYWORDS: Women; HIV Seropositivity; Sexuality; Sexual behavior.

El SIDA, como complejo objeto, desvela cuestiones intimas, particularmente del área sexual. Se trató de entender las implicaciones de la serología positiva para el VIH en la sexualidad de las mujeres que viven con la enfermedad. Investigación cualitativa, descriptiva, realizada de mayo a junio de 2006, a través de entrevista estructurada en parte, utilizada en 12 usuarios de la clínica de infecciones de Juazeiro do Norte-CE. Por medio de la técnica de análisis de contenido se establecieron cuatro categorías: 1. Esfera sexual: cambios en las prácticas sexuales; 2. Tipos de prácticas sexuales vivenciadas; 3. Significado del preservativo; 4. El deseo sexual. Papeles de género son decisivos para las prácticas ejercidas, sensaciones de placer incitadas y el uso del preservativo, donde las desigualdades de género aparecen como un componente macizo, llamando la atención de la fragilidad femenina ante el ejercicio de su sexualidad y el proceso de ser/sentirse individuo.

PALABRAS CLAVE: Mujeres; Seropositividad para VIH; Sexualidad; Conduta sexual.

[1] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (PSF). Enfermeira do PSF de Iguatu-CE. R. Dr. José Augusto de Araújo, 326. Iguatu-CE. E-mail: wandenf@yahoo.com.br

[2] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e em Sistemas Locais de Saúde. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). R. Cel. Antº Luis, 1161. Crato-CE. E-Mail: cianavidal@hotmail.com.

[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFC. Bolsista FUNCAP. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). R. Cel. Antº Luis, 1161. Crato-CE. E-mail: eglidiavidal@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a epidemia de aids tem sido considerada um objeto propositor de reflexões e pesquisas, dada a sua particularidade de mobilizar para a esfera pública, parâmetros considerados, até então, como relegados à esfera privada, revelando questões de foro íntimo relacionadas, fundamentalmente, às experiências de cunho sexual.

Com efeito, associam-se a esta epidemia inúmeros estigmas, dada a relação entre sorologia positiva para HIV e homossexualidade, a inexistência da cura e os comportamentos tidos como desviantes das normas sociais (uso de drogas, homossexualidade, prostituição, relacionamentos extraconjugais), firmando-se, por meio de uma lógica reativa e discriminatória, a culpa dos "doentes"[1].

Contrariando a noção anterior quanto aos indivíduos expostos e vulneráveis a esta doença, vem sendo delineado um novo perfil epidemiológico no Brasil, que vem apontando, desde 1980 até junho de 2006, num total de 142.138 casos, para o crescimento dos casos entre mulheres, correspondendo a 32,8% do total de mais de 433 mil casos de aids notificados neste período. Destaca-se a concentração de casos na faixa etária de 20 e 49 anos, que corresponde a 85,9% dos casos de aids entre a população feminina[2].

Nesse sentido, o perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil vem apresentando como principal característica a feminização, conseqüente à alta incidência em indivíduos heterossexuais, seguida do deslocamento de casos dos grandes centros urbanos para pequenos municípios, onde as políticas locais voltadas para o enfrentamento da infecção são mínimas, atingindo, nesta fase, grupos marginalizados socialmente, com baixo acesso à informação, à participação social e à capacidade de administração na tomada de decisões referentes aos riscos nos quais se torna possível a aquisição do vírus. Constitui-se a tríade feminização, interiorização e pauperização.

A descoberta da condição de viver com o HIV constitui uma situação complexa, na qual a maioria dos indivíduos pode não reagir de forma satisfatória, dada a associação entre HIV e morte que ainda parece existir, apresentando relação direta com discriminações e estigmas advindos das fases primórdias da epidemia, ainda arraigados no pensamento e nas condutas vivenciadas freqüentemente em nosso meio social[3].

Nesse sentido, as práticas sexuais e todos os seus significados passam, muitas vezes, a constituir apenas uma abordagem do vasto campo da sexualidade. É fundamental conhecer o significado desta entidade na vida das mulheres que vivem com o HIV, haja vista a associação existente entre HIV e sexualidade, podendo produzir mudanças diversas nas práticas sexuais e nos novos mecanismos para vivenciar esta atividade tão positiva.

Com a inserção da soropositividade para HIV na dinâmica vivencial dos indivíduos foram postas em relevo uma série de mudanças psíquicas e emocionais, devido ao caráter de doença, que sempre implica em modificações para a vida dos sujeitos.

No que compete aos comportamentos sexuais, estes são de difícil regulação já que a sexualidade é carreada de uma série de componentes, um espaço ritualizado, sendo extremamente morosa a continuação desta atividade ao longo da vida e a minimização dos riscos revestidos nesta experiência, diante de um cenário onde há a expressão da soropositividade[4].

Portanto, sendo a sexualidade uma experiência histórica e pessoal, coloca desafios sobre a multiplicidade de questões que a envolvem e sobre as novas demandas impostas pelo HIV nas práticas relacionais, tornando necessário enxergar de forma inclusiva as particularidades, singularidades e necessidades daqueles situados neste universo, cuja sexualidade exige maior atenção para ser concebida de forma positiva e potencializadora. Assim, temos como objetivo deste estudo compreender as implicações da sorologia positiva para HIV na sexualidade de mulheres que vivem com HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva, desenvolvida no Ambulatório de Infectologia do Hospital-Escola Santo Inácio, na cidade de Juazeiro do Norte, localizado na região sul do Estado do Ceará.

Os sujeitos foram 12 mulheres com sorologia positiva para HIV, atendidas durante os meses de maio e junho de 2006, escolhidas por conveniência e obedecidos os se-

guintes itens para inclusão: 1. viver com HIV/Aids; 2. ser do sexo feminino; 3. ter idade igual ou superior a 18 anos. A pesquisa ocorreu nos meses de maio e junho de 2006.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, previamente testado, contendo questões de caracterização, relacionadas ao tema, sendo a entrevista gravada em aparelho de áudio.

Respeitaram-se os princípios da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FMJ/Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Visando assegurar o anonimato às participantes do estudo, foram utilizados os seguintes pseudônimos de deusas gregas da era matriarcal em lugar de seus nomes: Afrodite, Agléia, Aidos, Ananke, Ate, Dike, Eirene, Eufrosina, Eunomia, Nêmesis, Talia e Têmis.

Coerente aos questionamentos sobre as implicações decorrentes da sorologia positiva na sexualidade de mulheres que vivem com HIV, estabeleceram-se as seguintes categorias: 1. esfera sexual – mudanças nas práticas sexuais; 2. tipos de práticas sexuais experienciadas; 3. significado do preservativo; 4. o desejo sexual.

Os dados foram organizados pela adoção da técnica de análise de conteúdo[5] e os discursos categorizados, para proceder à análise e discussão das falas, em acordo com a literatura pertinente.

ANÁLISE DOS DISCURSOS

Caracterização das entrevistadas

Quanto à distribuição por faixa etária, pôde-se observar uma variação entre 21 e 43 anos, correspondente à idade reprodutiva feminina brasileira, que é de 10 a 49 anos, em concordância com os casos de aids no Brasil, que se concentram na faixa etária de 20 a 49 anos[2]. Quanto à forma de aquisição do HIV, todas relataram terem adquirido o vírus por via sexual, por meio de relações sexuais desprotegidas. Neste sentido, o encontro do grande número de mulheres jovens infectadas pelo HIV vem corroborar três tendências da epidemia de aids, quais sejam a feminilização, juvenilização e heterossexualização[6].

Outro aspecto importante a ser investigado diz respeito aos municípios de origem das mulheres, ratificando a ocorrência do fenômeno interiorização para pequenos municípios, com mínimas políticas locais voltadas para o enfrentamento da infecção.

Quanto à procedência das mulheres, verificou-se a seguinte distribuição: cinco (5) de Juazeiro do Norte, três (3) de Brejo Santo, uma (1) de Caririaçu, uma (1) de Farias Brito, uma (1) do Crato e uma (1) de Antonina do Norte. Assim sendo, torna-se notória a presença do HIV em vários municípios do interior do Estado do Ceará, onde os maiores índices encontrados, possivelmente, devem-se por estas cidades figurarem entre as mais populosas na região onde estão localizadas e por possuírem serviços específicos oferecidos nesta área, com possível detecção precoce dos casos.

Corroborando esse fenômeno de interiorização, que atinge todo o Estado do Ceará, um estudo realizado num serviço de referência para atendimento em DST/aids, em Fortaleza, relacionou a procedência das mulheres atendidas e demonstrou que 40% das mulheres eram de municípios com menos de 100 mil habitantes[7].

Com relação ao modelo de união amorosa experienciado na época do estudo pelas mulheres com HIV pesquisadas, verificou-se que sete (7) se encontravam sem parceiros e cinco (5) estavam inseridas em algum tipo de relacionamento, sendo duas (2) em união estável, uma (1) em namoro e duas (2) em casamento legal. Das sete (7) sem parceiros, três (3) eram viúvas de parceiros acometidos pela aids.

Com efeito, percebemos que a soropositividade influi decisivamente na conformação e consolidação dos relacionamentos, uma vez que quatro (4), dentre as pesquisadas, encontravam-se solteiras na ocasião do diagnóstico.

Os casais existentes, relatados pelas entrevistadas, foram formados no período pré-infecção, ocorrendo a manutenção de tais vínculos por motivos diversificados, como sentimento de cooperação e ajuda para com o parceiro ou a obrigação para com o cuidado à prole, ou mesmo a obtenção de ganhos financeiros para o sustento próprio e dos filhos.

Na busca de alcançar o objeto de estudo, questionou-se a ocorrência de mudanças nas práticas sexuais de mulheres que vivem com HIV.

Esfera sexual – mudanças nas práticas sexuais

A esfera sexual deve ser concebida como eixo condutor da intimidade nas relações interpessoais, direcionada para aspectos físicos, psicoemocionais e culturais, expressos na percepção e controle do corpo, exercício do prazer, desprazer, valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais[8].

Por conseguinte, transcende o plano meramente voltado para a relação sexual e a procriação, implicando na satisfação subjetiva durante o exercício de experiências consigo e com seus pares. Importantes mudanças ocorreram na vida dessas mulheres, como relatado nos discursos:

> Como é que eu vou ficar com uma doença e transmitir pra outra pessoa que eu gosto, que eu amo de coração? Não posso fazer, sou mais fugir; nem ver mais e deixar lá e sofrer sozinha, melhor. (Ate)

> A única mudança que teve foi que eu não tô me relacionando com ninguém e também não tô sentindo falta; é natural do ser humano, né? Faz parte! Mas a minha mentalidade tá tão fixada em resolver essas coisas, esses problemas de saúde, fazer exames, em arrumar um trabalho, arrumar uma casa, ajudar a minha irmã, que eu nem penso. (Afrodite)

> Quando a gente é evangélica, que a gente já conheceu a verdade, porque Deus..., prostituição não é de Deus, entendeu? Depois que eu peguei o vírus, o HIV, aí pronto, eu disse "é aqui mesmo que eu vou parar e não dá certo nessa vida errada não." (Eufrosina)

Apreende-se, destas falas, a dificuldade em continuar as experiências sexuais após a descoberta do HIV. Diversos motivos são citados, como o medo da transmissão, a não aceitação da vivência sexual, a canalização da energia sexual para outras atividades (como o trabalho), o controle dos problemas clínicos e a oportunidade para o abandono de práticas tidas socialmente como "desviantes" para um caminho que aponta uma valorização maior do plano espiritual. Em corroboração, uma pesquisa realizada em 2001 com 354 mulheres vivendo com HIV/Aids, apontou que 55% delas declararam que sua vida sexual terminou ou piorou após o diagnóstico[9].

Um aspecto a ser ressaltado, presente na última fala, é o surgimento da histórica classificação das mulheres em boas ou más, santas ou pecadoras, no que tange à sexualidade[10]. Este raciocínio representa os constructos inerentes aos estigmas acerca da epidemia que ainda permanecem, inclusive entre as mulheres afetadas, desconsiderando os aspectos relativos à vulnerabilidade que atinge especialmente o sexo feminino.

Desta forma, a escolha que nega a sexualidade parece estar ligada a uma relação culpa-perdão, requerendo a negação de experiências sexuais para a obtenção do status de mulher "virtuosa". Assim, sob a égide de toda uma rede que estigmatiza e discrimina, aparecem determinados comportamentos situados no exterior de padrões culturalmente aceitos.

Em outras situações, modificações emergem diante da presença de um "terceiro" envolvido nas relações sexuais, estando as diferenças direcionadas à obrigação do uso do preservativo, encontrado no depoimento:

> Eu não consigo mais ter relação sem preservativo. Então, fica assim, uma coisa estranha; assim, tipo um peso na cabeça, na mente; antes era normal. (Ananke)

Neste sentido, as percepções impregnadas nestas visões tendem a "desnormalizar" o fenômeno da relação sexual, pelo uso de um método de barreira. É provável que a dificuldade do uso deste método seja conseqüente aos hábitos sócio-culturais adotados desde a última metade do século passado, no qual aconteceu a decrescente utilização do preservativo, devido a uma maior variedade de métodos anticoncepcionais disponibilizados e a relativização da importância às DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Com isto, a aids veio exigir um importante resgate no uso de um antigo método de prevenção à gravidez e às DST, requerendo mudanças de atitude por parte dos indivíduos, particularmente relacionadas à aceitação, consistência e uso efetivo de um método anticoncepcional e profilático[11].

Importantes mudanças foram percebidas no âmbito da freqüência de relações e nas sensações de prazer despertadas pelo sexo, verificando-se que a percepção individual, quanto às modificações, pode variar muito, na concepção de cada mulher, abrangendo aspectos objetivos ou subjetivos.

No plano objetivo, a diminuição da freqüência das relações sexuais foi atribuída às noções de confiança de outrora, que se encontram abaladas. Sobre este aspecto, frisamos que a falta de compartilhamento e a comunicação inerente às questões trazidas pelo HIV[12], poderão empobrecer a espontaneidade e dificultar o enfrentamento de várias questões suscitadas pelo vírus.

Em relação ao plano subjetivo e às percepções de prazer situadas no foro interior, as modificações podem estar relacionadas à presença da soropositividade e à exigência de novas práticas, bem como se relacionarem a formas de convívio dos parceiros, desde a sua constituição, perpassando toda a sua história.

Nesse sentido, é interessante frisar que as dificuldades e modificações encontradas são específicas para cada indivíduo/casal e que as oportunidades para falar e compartilhar estes problemas são valiosas, no intuito de oferecer a compreensão e auxiliar nas futuras práticas e sentimentos do casal frente às experiências sexuais.

Outras mudanças encontradas na maneira de vivenciar a sexualidade delinearam-se em formas alternativas de obtenção do prazer que não fossem apenas a genitalização do sexo. Fica claro que outras formas de dar e receber afetos e carinhos podem ser fontes de experiências prazerosas e potencializadoras para os indivíduos e seus pares, sendo evidente que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas ou à prática da atividade sexual genital, mas envolve outros parâmetros relacionados à afetividade entre as pessoas.

Nesse ínterim, percebe-se que o olhar sobre experiência a sexual atribui um significado diferente e único para cada mulher, tendo a ver com a sua relação com o corpo, desejos, fantasias e medos, colocando a sexualidade diante da dialética entre generalização e especificidade[10].

Dessa forma, a sexualidade, sendo uma experiência histórica e pessoal, coloca desafios sobre a multiplicidade de questões que a envolvem e sobre as novas demandas impostas pelo HIV nas práticas relacionais, sendo necessário enxergar de forma inclusiva as particularidades, singularidades e necessidades daqueles situados neste universo, cuja sexualidade exige maior atenção para ser concebida de forma positiva e potencializadora.

Práticas sexuais experienciadas

Os tipos de práticas adotados no bojo da relação sexual podem variar muito, dependendo dos parâmetros individuais e sócio-culturais, dentro de tendências que elegem o correto ou profano, restringindo, por conseguinte, aquilo a ser experienciado nesse terreno. A este propósito, reconhece-se que a histórica subalternidade feminina e os comportamentos exigidos para uma mulher ser considerada "virtuosa", negando os seus desejos e a exploração do seu prazer, deixaram muitos resquícios na nossa contemporaneidade, mas na qual superamos muitos percalços, apesar da permanência de outros.

Na nossa cultura ocidental judaico-cristã, as práticas sexuais se encontram fortemente vinculados ao modelo reprodutivo, no qual se tem a concepção de que o sexo tem como fim apenas a reprodução, tornando práticas como sexo oral, sexo anal e masturbação "normais", desde que sejam preliminares ao coito vaginal e "anormais e desviantes", se o substituírem[10].

Há pouco conhecimento sobre tipos de práticas sexuais femininas (relações vaginal, oral, anal), sobre o que gera desejo e traz prazer[10] às mulheres. Foi questionada esta temática entre mulheres que vivem com HIV/Aids, e pôde-se observar que há uma grande diversidade de experiências, bem como fatores determinantes para a realização de algum tipo de prática sexual.

Em relação àquelas que afirmam praticarem apenas o coito vaginal, percebe-se a influência da educação conservadora que receberam e a tendência para considerarem como "anormais" o coito anal e oral, ou, ainda, verem estas práticas como condições para agradar e manter o parceiro satisfeito em um relacionamento, havendo o desejo por inovações na relação sexual, apesar da compreensão de que, neste campo, as iniciativas devem ser da figura masculina.

Naquelas em que se encontraram as experiências do sexo oral e anal, as concepções subjetivas são também varia-

das, desde situações propiciadoras do prazer no ato sexual, até formas de submissão às ordens e vontades do parceiro.

Ainda hoje, as mulheres são estimuladas a agradar aos homens, pouco aparecendo a satisfação de seu próprio desejo e menos ainda a importância de sua autonomia e escolha. Em função disso, precisam lançar mão de artifícios para estarem sempre sedutoras, embora seja mais grave o fato de sua vontade e seu desejo não contarem, culminando na realização de práticas que não desejam, para não serem consideradas inadequadas. Assim, muitas vezes acabam mantendo relações sexuais sem querer, mediante o seu "não", que é desconsiderado[8].

Desta forma, faz-se imprescindível conceber que as experiências sexuais adquiram um significado único para cada mulher, de acordo com seus desejos, fantasias, medos e comportamentos adotados diante das relações com seus companheiros, nas quais o poder e supremacia masculina ainda determinam fortemente as formas das mulheres experienciarem sua sexualidade.

Significado do preservativo

Os preservativos pertencem ao grupo de contraceptivos conhecidos como métodos de barreira, propiciando duas funções conseqüentes à relação sexual desprotegida, quais sejam a gravidez indesejada e a prevenção às DST, embora seja reportado que o preservativo sempre esteve mais diretamente ligado à prevenção das DST.

Contudo, a partir da década de 60, deu-se uma maior liberdade nos costumes e valores, ocorrendo uma tendência para uma iniciação sexual mais precoce, sem a obrigatoriedade com compromisso matrimonial, bem como o desenvolvimento da antibioticoterapia e conseqüente tratamento das DST, além de uma maior disponibilidade de métodos contraceptivos que contribuiu, decisivamente, para a decrescente utilização deste método, o uso do preservativo.

Posteriormente, o surgimento da aids veio exigir o resgate do uso de condons consistentemente, o que, contudo, não vem obtendo total êxito, haja vista sobrepujarem nesta área, os sentimentos de confiança, as noções de relacionamentos estáveis e os sentimentos de invulnerabilidade.

Embora o uso do preservativo tenha aumentado, sabe-se que o uso consistente é maior entre pessoas com parceiros eventuais, tendo a confiança no parceiro/esposo como a variante responsável pelo uso inconsistente em situação de parceria fixa[9].

Neste aspecto, depois de instalado o HIV, as iniciativas dos indivíduos frente às relações sexuais precisam considerar a presença do vírus, tanto em relações concordantes como discordantes, objetivando a prevenção da transmissão e a minimização dos efeitos de uma reinfecção.

Com efeito, procurou-se conhecer a percepção das mulheres que vivem com HIV sobre esse método contraceptivo e profilático de DST, evidenciando valores importantes no que se refere ao uso do método referido, abarcando a prevenção do HIV e das demais DST, da gravidez indesejada e do aumento da carga viral, sendo evidente a decepção em não poder retornar ao passado para aderir completamente a ele e evitar a atual infecção pelo HIV.

A situação atual de infecção pelo HIV demandou para a vida das mulheres concepções positivas em se tratando do uso do preservativo masculino, o que não era compreendido na fase pré-infecção. Isto nos faz inferir que o conhecimento obtido para a mudança de comportamento só foi incorporado quando foi sentida na própria realidade os efeitos trazidos pelo HIV e a sua visibilidade que, até então, situava-se apenas no plano imaginário.

Evidenciavam-se, ainda, julgamentos pré-formados a respeito do condom, o que fortalecia o desconhecimento e expunha as mulheres aos riscos inerentes às práticas sexuais, presentes em afirmações que trazem a idéia de "achar que não ia gostar".

Com referência particular ao preservativo feminino, encontrou-se a pouca aceitação deste método, relacionando-se a uma menor disponibilidade, ao alto custo de fabricação, como também às questões de gênero que apontam para dificuldades encontradas pela mulher em tocar seus órgãos genitais e assumir um papel ativo no momento da prática sexual.

Para Giacomozzi e Camargo, pesa sobre as mulheres a responsabilidade na negociação de prática de sexo seguro com seus parceiros, sendo que há dificuldade para elas mesmas se visualizarem em uma posição de risco[12].

Com efeito, é consensual que o uso dos preservativos (masculino e feminino) é a forma mais segura e eficaz para a redução do risco de aquisição do HIV e outros agentes

sexualmente transmissíveis, sendo sua segurança dependente da técnica de uso e do uso sistemático em todas e quaisquer experiências[11]. A este propósito, a fala a seguir demonstra a confiabilidade que este método possui, desde que obedecidas as condições que garantem o seu percentual de sucesso:

> [...] das camisinhas que eu cheguei a usar [...] 90% ou mais [...] deram resultado legal. (Afrodite)

A taxa de falha no primeiro ano de uso varia entre 3%, quando usado corretamente em todas as relações, a 14%, quando usado sem esta obediência, estando sua segurança vinculada ao armazenamento adequado, técnica correta e utilização consistente[11].

Ressalta-se que algumas vezes o preservativo foi concebido como um método que diminui o prazer durante as relações e, nesta concepção, observado como um acessório que tende a minimizar as sensações positivas despertadas pelo ato sexual.

> Bom... não é muito bom. Tem diferença de... do normal, como se diz, mas se é pra se cuidar [...]. Você não sente muita sensação, diminui [o prazer], sempre tá faltando alguma coisa, acho que é aquele contato, da pessoa, da sua carne com a carne da pessoa, aí sempre tem algo que impede, né? (Dike)

Reflete-se sobre a influência dos hábitos sócio-culturais nos comportamentos, inclusive os sexuais, e nas percepções subjetivas dos indivíduos, sendo de fundamental relevância reconhecer todas essas dificuldades. Dessa forma, a atuação dos serviços de saúde deve pautar sua assistência sob uma ótica que procure conceber o indivíduo como um ser social e de cuidado, reconhecendo as subjetividades que perpassam suas relações, a fim de intervir adequadamente em cada realidade encontrada, com uma concepção inclusiva e relacional.

O desejo sexual

Num campo mais interior, individual e subjetivo, florescem a vontade, as fantasias e os desejos inerentes à energia sexual e à libido de cada ser humano, tornando necessário conhecer este parâmetro na vida das mulheres do estudo para apreender individualidades e compreender, sob todos os parâmetros – biológico e sócio-cultural – os determinantes para o despertar do desejo em praticar relações sexuais. Foi reportada a inexistência do desejo em ter relações sexuais, conseqüente de motivos diversos, desde a inexistência de um parceiro, perpassando por sentimentos diversificados do demonstrado pelo companheiro, até a associação do sexo com dor.

Para a relação sexual ser encarada de forma prazerosa, a dor não deverá existir, sendo relevante uma lubrificação vaginal adequada à custa dos hormônios liberados durante a excitação sexual e às secreções oriundas das glândulas secretoras do aparelho reprodutor feminino, bem como a ausência de processos inflamatórios[11].

Em mulheres jovens, sexualmente ativas, a presença de DST é um importante determinante para queixas de desconforto ou dor pélvica, que tenderão para a doença inflamatória[10]. Logo, atingir objetivos favoráveis, no que tange às práticas sexuais, necessita do intercâmbio mente-corpo saudáveis.

Foi reconhecida também a presença do desejo sexual, sendo que não havendo possibilidade de saciá-lo com um par, ocorre a transferência deste sentimento, visando esquecê-lo. Enquanto encontraram-se casos que canalizam a energia sexual para situações propiciadoras de satisfação, ocupação e distração (televisão, música, trabalho), em outra situação o sexo é associado a sentimentos negativos, como a traição e humilhação para ser negado como fonte de energia e vitalidade, podendo, estas posturas, consistirem em marcas da negação em torno da sexualidade de muitas mulheres, que são estimuladas a inibir sua atividade sexual e seu desejo, como se fosse pecado satisfazerem esta necessidade, caso não haja a iniciativa masculina.

Foram relatadas mudanças quantitativas no desejo sexual, relacionando-se a diminuição do desejo em ter relações sexuais com a existência do HIV e sobre este aspecto foi pontuada a existência dos riscos de uma relação desprotegida, bem como a obrigatoriedade do uso de métodos de barreira. Sob esse prisma, reconhece-se o paradoxo que existe no que se refere ao uso de preservativos para toda e qualquer relação desprotegida, bem como a obrigatoriedade do uso de métodos de barreira[3].

Por fim, é necessário considerar que o desejo de expressão da sua sexualidade e a vivência da relação sexual como fonte de prazer é um campo bastante complexo, histórico e individual, no qual se imbricam fatores biológicos inerentes às sensações de bem-estar provocadas, além dos fatores histórico-culturais que influenciam formas de pensar, sentir e agir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Povoar em um campo complexo de significações e lições, tal como é a soropositividade para o HIV e a influência desta para as vivências amorosas e sexuais de mulheres, constituiu um universo de muitas experiências, cujo valor é incomensurável.

Os relatos mostraram a magnitude da vulnerabilidade feminina e a presença marcante das desigualdades de gênero como um componente maciço para oportunizar às mulheres adquirirem o HIV, dando margem ao fenômeno feminilização da aids.

No âmbito dos relacionamentos sexuais, os papéis de gênero são decisivos para as práticas exercidas, para as sensações de prazer despertadas, para o uso do preservativo, chamando atenção à fragilidade das mulheres frente ao exercício de sua sexualidade e ao processo de ser e sentir-se indivíduo, uma vez que prevalecem as concepções sobre o determinismo masculino nesta esfera e a aceitação da mulher para com os seus desígnios, permanecendo imensas lacunas para visualizarmos um domínio inteiro das mulheres quanto ao seu corpo, as suas vontades, desejos e atitudes.

Com relação ao uso do preservativo, verificamos que nesta população específica, constituída por mulheres que vivem com HIV, predominam diversos problemas ligados à aderência e consistência quanto ao seu uso, relacionando-se a nuanças referentes à negociação entre os parceiros, às superposições das vontades masculinas ou, ainda, na percepção da diminuição do prazer, o que pode comprometer o papel exercido por este método na prevenção de riscos e/ ou diminuição de danos.

É válido frisar que nos relatos expressos, múltiplas visões foram encontradas, com inúmeras peculiaridades presentes nas histórias de vida de cada uma e nas experiências de cunho amoroso-sexual, chamando atenção às fragilidades encontradas no dia-a-dia das mulheres. Tais fragilidades comprometem a construção de um dos mais ricos e importantes componentes da identidade da pessoa, sua sexualidade, concebida como elã de vida, afetividade e sentimentos.

REFERÊNCIAS

1. Rios RR. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/ AIDS. In: Parker R, Terto Junior V, Pimenta MC. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS – Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/ AIDS? Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 23-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados Epidemiológicos Aids. Bol Epidemiológico Aids e DST 2006 jan./junho; 3(1):30-34.
3. Maksud I. Casais com sorologias distintas para o HIV. In: Maksud I, Terto Junior V, Pimenta MC, Parker R, organizadores. Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 11-8.
4. Vilela W. A AIDS como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. Ação Anti Aids, 2004 mar/ maio; 50: 10-1.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados Epidemiológicos Aids. Bol Epidemiológico Aids e DST 2004 jan./junho; 1(2):26-34.
7. Barroso LMM, Carvalho CML, Galvão MTG. Mulheres com HIV/Aids: subsídios para a prática de enfermagem. Rev. RENE, 2006 mai/ago; 7(2): 67-73.
8. Mandú ENT. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn. Projeto acolher, Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn; 2001. p. 61-74.
9. Instituto Patrícia Galvão (IPG). Dossiê / Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida 2003. [online] [Acesso 2006 dez 16]. Disponível em: <http: www.patriciagalvao.org.br>.

10. Faria N. Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. In: Faria N, organizador. Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. São Paulo: SOF; 1998. p. 3-8.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3ª ed. Brasília; 1999.
12. Polejack L. Projeto com-vivência: trabalhando com casais sorodiscordantes. In: Maksud I, Terto Junior V, Pimenta MC, Parker R, organizadores. Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 27-35.
13. Giacomozzi AI, Camargo BV. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. Psicologia: Teoria e prática. 2004; 6(1): 31-44.

RECEBIDO: 20/08/2007
ACEITO: 27/11/07

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO E DO USUÁRIO

NURSING CONSULTATION FOR THE DIABETIC IN THE FAMILY´S HEALTH PROGRAM: PERCEPTION OF THE NURSE AND THE USER

CONSULTA DE ENFERMERÍA AL DIABÉTICO EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMÍLIA: PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO Y DEL USUARIO

Nara Maria Costa Bezerra[1]
Thereza Maria Magalhães Moreira[2]
Sílvia Maria Nóbrega-therrien[3]
Maria Irismar de Almeida[4]

O diabetes é uma doença crônica mundialmente incidente. Objetivou-se descrever a percepção do enfermeiro e do usuário sobre a consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família (PSF). O estudo descritivo teve aplicação de questionário a oito enfermeiras e de formulário a 50 diabéticos de três unidades de saúde. Os resultados demonstram que quatro enfermeiras descreveram a consulta como oportunidade de visualização holística do usuário e sete destacaram dificuldades em sua implementação. Quanto aos usuários, 45 não conheciam seu tipo de diabetes, mas citaram necessidade de seguir dieta (50), cuidados podálicos (35) e praticar exercícios físicos (29). Entretanto, 20 não faziam a dieta e 42 não praticavam exercícios físicos. A consulta de enfermagem foi aprovada por 45 usuários. Conclui-se que a consulta de enfermagem foi percebida como contribuidora para o controle do diabetes por enfermeiras e usuários, consistindo numa oportunidade de favorecer a adesão terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Diabetes Mellitus; Programa Saúde da Família.

The diabetes is a globally incident chronic disease. The objective of this research was to describe the perception of the nurse as well as of the user about nursing consultation for the diabetic in the family's health program (PSF). The descriptive study was made through the application of questionnaires to eight nurses and of forms to 50 people of three health units who had diabetes. The results show that four of the interviewed people mentioned the consultation as an opportunity of a holistic viewing of the client and seven nurses detached difficulties in its implementation. As regards the clients, 45 couldn't inform the kind of diabetes they had, but everybody mentioned the need of going on a diet, 35 of taking care of their feet and 29 of practicing physical exercises. Twenty told they were not on a diet and 42 were not carrying out any physical activities. The nursing consultation was approved by 45 clients. As a conclusion the nursing consultation was considered as a contribution for the control of the diabetes for nurses and users, consisting in an opportunity of favoring the therapeutic compliance.

KEYWORDS: Nursing Care; Diabetes Mellitus; Family Health Program.

La diabetes es una enfermedad crónica mundialmente incidente. La meta de este estudio fue describir la percepción de la enfermera y del usuario sobre la consulta de enfermería al diabético en el programa salud de la familia (PSF). En el estudio descriptivo se aplicó un cuestionario a ocho enfermeras y de formulario a 50 diabéticos de tres unidades de salud. Los resultados demostraron que cuatro enfermeras describieron la consulta como una oportunidad de visualización holística del usuario y siete destacaron dificultades en su implementación. En cuanto a los usuarios, 45 de ellos no sabían qué tipo de diabetes tenían pero mencionaron la necesidad de hacer dieta (50), cuidados con los pies (35) y de practicar ejercicios físicos (29). Sin embargo, 20 no hacía la dieta y 42 no realizaban ejercicios físicos. La consulta de enfermería fue aprobada por 45 usuarios. Se concluye que la consulta de enfermería fue vista como colaboradora para el control de la diabetes, por parte de las enfermeras y usuarios, consistiendo en una oportunidad de favorecer la adhesión terapéutica.

PALABRAS CLAVE: Atención de Enfermería; Diabetes Mellitus; Programa Salud de la Família.

[1] Enfermeira. Atua no Programa Saúde da Família de Fortaleza-Ceará. End.: Alameda das Camélias, 245, Quadra 32 – Cidade 2000 – Fortaleza- CE – CEP: 60190-260 – E-mail: naramcb@yahoo.com.br

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). End.: R. Osvaldo Cruz, 1772 – AP 1002 – Meireles – Fortaleza-CE – CEP: 60125-150 – E-mail: tmmmoreira@yahoo.com

[3] Enfermeira. Doutora em Sociologia. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). End.: R. Andrade Furtado, 1755 – Ap 401 – Papicu – Fortaleza-CE – CEP: 60190-070. E-mail: silnth@terra.com.br

[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). End.: R. Dr. Ratisbona, 279 – Bairro de Fátima – Fortaleza – CE – CEP: 60411-220 – E-mail: irismar@fortalnet.com.br

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de incidência mundial, que aumenta com o envelhecimento populacional. A progressão da doença gera complicações metabólicas agudas, distúrbios neuropáticos e vasculares, e até a morte[1-2]. Conter seu avanço é, portanto, fundamental.

No Brasil, a doença é prioridade na atenção à saúde, sendo abordada nos níveis primário, secundário e terciário. Na atenção primária busca-se seu controle nos atendimentos realizados no Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF focaliza a promoção da saúde e a prevenção de doenças a partir de diversas perspectivas. No atendimento em diabetes, são realizados cadastramento de usuários, consultas com investigação de fatores de risco, palestras, visitas domiciliárias, desenvolvimento de grupos, fornecimento de medicamentos, prevenção de complicações e ações educativas em saúde[3]. Atualmente, porém, a maior parte das ações do programa ainda se concentra no desenvolvimento de consultas, principalmente de enfermagem e médica.

No caso da consulta de enfermagem, esta possibilita à enfermeira avaliar as necessidades do paciente com diabetes, assim como as variáveis que interferem na sua adesão terapêutica, permitindo um espaço de descoberta e interação, e favorecendo uma abordagem mais precisa e próxima da realidade. Entretanto, a qualidade dessa consulta pode ser influenciada por fatores que incluem dificuldades pessoais, estruturais e organizacionais. Isso nos leva a questionar: como tem se dado a consulta de enfermagem ao diabético no PSF? Qual a percepção de enfermeiros e usuários a respeito dessa consulta?

O interesse pelo estudo surgiu a partir da vivência de uma das autoras em estágio na rede básica de saúde de Fortaleza-Ceará, ao ter sua atenção voltada à cronicidade da doença e à necessária habilidade da enfermeira para conduzir o tratamento. Assim, objetivou-se descrever a percepção do enfermeiro e do usuário sobre a consulta de enfermagem ao diabético no PSF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida em três Unidades de Saúde do Município de Fortaleza, vinculadas à Secretaria Executiva Regional IV de Fortaleza-Ceará, com enfermeiras e usuários. Nessas instituições é designado um dia da semana para cada equipe atender os pacientes com diabetes de sua área.

As participantes do estudo foram oito enfermeiras que atenderam aos critérios de inclusão: realizar consulta de enfermagem ao portador de diabetes, estar consciente e orientada, e aceitar participar do estudo. Do total de 12, quatro enfermeiras foram excluídas, portanto, porque não realizavam consulta de enfermagem ao diabético, somente verificando a glicemia e encaminhando o usuário ao médico. Em relação aos usuários, participaram do estudo 50 pessoas, acompanhadas na instituição há pelo menos um ano, que sabiam ler e escrever, aguardavam a consulta de enfermagem na unidade por ocasião da coleta de dados e concordaram em participar da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário às enfermeiras e os usuários responderam a um formulário. Ambos continham questões abertas e fechadas sobre dados de caracterização dos sujeitos, além de questionamentos acerca de suas percepções sobre a consulta de enfermagem.

Os resultados foram organizados segundo freqüência absoluta, sendo feita análise, subsidiada na literatura.

Os aspectos éticos contidos na Resolução 196/964 que trata de estudos envolvendo seres humanos foram cumpridos e a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo, sendo-lhes garantido anonimato, acesso aos resultados da pesquisa e o direito de se retirar dela a qualquer momento. Para garantir sigilo de identidade, as enfermeiras foram identificadas pela letra "E", e os usuários pela letra "U", seguidos de um número arábico.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tendo sido utilizados dois instrumentos de coleta de dados, um destinado aos profissionais e outro aos usuários, a análise se fez também de modo distinto.

Análise dos dados referentes aos profissionais

QUADRO 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SUA PERCEPÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO NO PSF. FORTALEZA-CE.

VARIÁVEIS		n
Dados de identificação	**Sexo**	
	Feminino	8
	Masculino	0
	Faixa Etária	
	≤29 anos	1
	30├39 anos	6
	≥40 anos	1
	Tempo de formado	
	<5 anos	1
	5├9 anos	2
	10├14 anos	4
	≥15 anos	1
	Experiência anterior no PSF	
	Sim	7
	Tempo de experiência anterior no PSF: <1 ano	1
	1|-|3 anos	5
	> 3 anos	1
	Não	1
Percepção das enfermeiras sobre a consulta de enfermagem ao diabético no PSF	**A consulta de enfermagem**	
	Permite visão holística do usuário	4
	Atende às necessidades do usuário	2
	Avalia necessidades de cuidado	2
	A consulta de enfermagem é importante por ser um espaço para	
	Promover a educação do diabético no tocante à doença/tratamento	7
	Monitorar os níveis glicêmicos	3
	Escutar o diabético	2
	São ações realizadas durante a consulta de enfermagem	
	Dar orientações	8
	Renovar prescrição	5
	Realizar glicemia	3
	Receber o usuário	1
	São orientações fornecidas durante a consulta de enfermagem	
	Necessidade de dieta	8
	Cuidado com os pés	6
	Exercício físico	5
	Prevenção de complicações da doença	4
	Uso de medicação	4
	Adoção de medidas higiênicas	2
	As orientações fornecidas durante a consulta de enfermagem são suficientes	
	Sim	3
	Não	5
	Encontra dificuldades para a realização das consultas de enfermagem	
	Sim	7
	Falta de glicosímetro e/ou fita para glicemia	6
	Falta medicação	4
	Dificuldades no processo educacional	3
	Espaço físico insuficiente	2
	Usuário não quer ser atendido pela enfermeira	1
	Não	1

Conforme pode ser visto no Quadro 1, dos oito profissionais que participaram da pesquisa, todos eram do sexo feminino. Esse dado está de acordo com outra pesquisa que aponta que, do conjunto dos enfermeiros atuando no PSF, 91,43% são do sexo feminino[5], não fugindo à caracterização peculiar dessa profissão, que é composta em sua maioria por mulheres.

Quanto à faixa etária, seis encontravam-se na faixa etária entre 30-39 anos, confirmando que o PSF apresenta alta concentração de profissionais nessa faixa etária[5].

E, com relação ao tempo de formado e experiências anteriores em outro PSF, metade tinha de dez a catorze anos de formada e sete profissionais tinham vivência anterior no programa, sendo cinco enfermeiras com um a três anos de experiência.

A descrição destes dados é relevante para a busca de uma assistência de qualidade ao diabético no PSF. A pouca idade e experiência dos enfermeiros no programa ainda são realidade, pois há locais onde persiste a flexibilização das relações de trabalho, resultando na visualização do PSF como programa para profissionais em início ou final de carreira. Esta situação compromete a continuidade de ações no programa e dificulta o estabelecimento de interação efetiva com a comunidade, uma vez que as relações interpessoais são frágeis e provisórias[3]. Mas tal realidade tende a ser revertida com a realização de inúmeros concursos na área.

A proposta do PSF é interessante, pois trabalha uma percepção de saúde que envolve a promoção, prevenção e a cura, desenvolvendo vínculo entre as famílias e os profissionais, e estimulando a participação crítica dos usuários nas questões da saúde da comunidade. Estas inovações, no entanto, têm sido incorporadas paulatinamente na prática, por se mostrar ainda de difícil utilização por profissionais e clientela, em decorrência dos déficits na formação dos profissionais de saúde e no exercício de cidadania pelos usuários. A rápida expansão do PSF com a municipalização da saúde, entretanto, requer profissionais capacitados para lidar com tal realidade na atualidade.

No caso dos enfermeiros, é necessário estarem aptos ao desenvolvimento da consulta, considerando os métodos propedêuticos e todas as etapas da sistematização da assistência, além de outros instrumentos básicos do cuidar.

A consulta de enfermagem é uma atividade regulamentada como privativa do enfermeiro pela lei 7498 de 1987[6]. É definida como a atenção prestada pela enfermeira ao indivíduo, família e comunidade de forma sistemática e contínua, com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoce[7]. Muitas vezes, segue o modelo biomédico, não permitindo uma ação diferenciada da médica, gerando insegurança em sua execução, bem como a visão de que só pode ser concluída com a prescrição de medicamentos e a requisição de exames[5,7].

Isso fica claro nas respostas das enfermeiras, que a definiram como algo que permite visão holística do usuário (quatro enfermeiras), atende suas necessidades (duas) e avalia necessidades de cuidado (duas). A consulta de enfermagem foi também identificada como uma

> oportunidade para renovar receita, ver glicemia de jejum e dar algumas orientações sobre a doença para o usuário (E3).

É necessário, portanto, repensar a consulta de enfermagem ao diabético no PSF como uma ação possível de gerar impacto em si mesma, sem a necessidade intrínseca de medicalização e exames, ainda que estes não sejam um demérito em sua execução. Esse processo de repensar e reelaborar a consulta de enfermagem é conflituoso, pois requer o abandono do modelo biomédico, no qual fomos formados e aprendemos a raciocinar diagnosticamente.

Assim, a consulta de enfermagem enfrenta dificuldades na atualidade, mas continua sendo uma atividade julgada por todas as participantes como necessária à assistência do usuário com diabetes, por promover sua educação no tocante à doença/tratamento (sete), monitorar os níveis glicêmicos (três) e por constituir um espaço de escuta do usuário diabético (duas), conforme pode ser observado nas seguintes falas:

> A consulta de enfermagem é importante porque nela oferecemos as informações necessárias para o usuário se tornar independente, tiramos dúvidas, oferecemos dicas para uma melhor qualidade de vida (E4).

> A consulta de enfermagem é importante porque a gente dá as orientações quanto aos cuidados gerais e dieta e, assim, os usuários são acompanhados melhor, principalmente em relação à mudança de estilo de vida (E7).

O acompanhamento do usuário com diabetes é feito em grande parte pela enfermeira, principalmente naqueles com glicemia controlada, encaminhados periodicamente à consulta médica[8-9].

As ações realizadas durante a consulta de enfermagem relatadas foram: dar orientações (oito), renovar prescrição (cinco), realizar glicemia (três) e receber o usuário (um). Vê-se que a orientação do usuário sobre a doença foi citada pelas oito enfermeiras, revelando o papel educador desenvolvido pela enfermagem no tratamento do diabético e a necessidade do profissional estar preparado para tal atividade.

O Ministério da Saúde preconiza para a consulta de enfermagem a educação em saúde, o exame de membros inferiores, a realização de glicemia, prescrição medicamentosa, solicitação de exames e o encaminhamento à consulta médica, se necessário ou conforme rotina[10].

A primeira consulta de enfermagem, em geral, é diferenciada e envolve passos fundamentais à continuação da assistência. Inicia-se com o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem (que identifica as necessidades básicas afetadas) e planejamento da assistência, seguido de sua implementação. Na evolução e avaliação há a revisão do plano assistencial, ato constante nas consultas subseqüentes.

As consultas de retorno, prioritariamente, devem incluir a avaliação da adaptação do diabético à doença e ao tratamento, suas condições físicas e adesão ao tratamento, permitindo a organização de estratégias que possibilitem a conscientização do estar com diabetes. Não basta, portanto, repassar informações sobre o processo saúde-doença, a enfermeira deve compreender a singularidade do usuário e adequar suas orientações às necessidades deste. As enfermeiras do estudo referiram orientar os usuários sobre a necessidade de dieta (oito), cuidado com os pés (seis), exercício físico (cinco), prevenção de complicações da doença (quatro), uso de medicação (quatro) e adoção de medidas higiênicas (duas).

Vê-se que após o diagnóstico surge a necessidade de incorporar ações cotidianas de autocuidado, limitadoras das atividades anteriormente desenvolvidas. Assim, a educação em saúde pode tornar-se normativa e o "comportamento saudável" ser apresentado como norma, tornando os demais comportamentos desviantes[11]. A enfermeira deve ficar atenta para evitar tal normatização.

Sobre as orientações fornecidas durante a consulta de enfermagem, cinco enfermeiras as julgaram insuficientes para melhorar a conscientização do usuário em relação à doença, enquanto três afirmaram o contrário, como veremos a seguir:

> Não são suficientes porque educação em saúde é difícil, a família também precisa ajudar, mas sem dúvida é um grande passo.(E3)

> Não, porque toda mudança parte de dentro para fora e será necessário a internalização dos conhecimentos adquiridos. (E4)

> Sim. Nossas orientações são precisas para melhorar a qualidade de vida desses usuários, mas infelizmente não são totalmente seguidas.(E8)

Percebemos, portanto, que a modificação do estilo de vida necessário ao controle do diabetes requer a participação ativa do usuário em seu tratamento, pois o processo de educação em saúde não é unilateral. A enfermeira tem que atentar para as expectativas do indivíduo, associando-as às orientações a serem discutidas durante a consulta, produzindo uma educação em saúde capaz de causar impacto. Aliado a esse fator, ainda existem questões culturais que permeiam a compreensão e seguimento das orientações, requerendo do profissional a utilização de uma linguagem clara durante as orientações. A questão da participação familiar também influencia nesse processo de educação, pois sem o apoio familiar é difícil o usuário optar por implementar as práticas de saúde necessárias ao controle do diabetes.

Entre as enfermeiras, sete afirmaram encontrar dificuldades para a realização das consultas, que estiveram relacionadas à falta de glicosímetro e/ou fita para glicemia (seis), de medicação (quatro), dificuldades no processo educacional (três), espaço físico insuficiente (duas) e pelo usuário não querer ser atendido pela enfermeira (uma). Fora esses fatores de ordem estrutural e organizacional, três enfermeiras relataram que alguns pontos no processo educativo podem dificultar a execução da consulta de enfermagem, entre eles, os tabus, as crenças, as orientações erradas recebidas anteriormente (E7).

Há tempos a consulta de enfermagem enfrenta dificuldades, muitas das quais independem de ações profissio-

nais, mas de ações políticas, sendo necessário compromisso da administração pública para que os serviços de saúde ofereçam assistência de qualidade. O PSF, porém, tem procurado superar algumas dessas dificuldades. Nesse contexto, metade (quatro) das profissionais considerou que a população recebe assistência condizente com suas necessidades e sete enfermeiras julgaram-se satisfeitas ao realizar a consulta de enfermagem.

A lógica integral do assistir adotada persistentemente pela enfermagem possibilita a humanização da assistência. Os esforços para garantia dos avanços institucionais e gerenciais que o PSF vem imprimindo no Brasil requerem vontade e decisão de gestores, profissionais e comunidade, sem os quais a estratégia do PSF tenderá a fracassar como outros tantos modelos de atenção à saúde anteriores.

Análise dos dados referentes aos usuários

No Quadro 2, temos que, do total de 50 usuários, 33 eram do sexo feminino, repetindo a distribuição dos indivíduos diabéticos apresentada em outros estudos[12].

Do total, 35 tinham 60 anos ou mais. O diabetes é prevalente no idoso, com até 50% das pessoas com mais de 65 anos sofrendo algum grau de intolerância à glicose(10). É necessário que a enfermeira esteja atenta às dificuldades que o idoso pode ter para entender e implementar as orientações fornecidas. É importante falar devagar, alto e olhando para ele, facilitando a comunicação pela expressão facial e leitura labial. Pode-se também recorrer a uma terceira pessoa quando este não consegue fornecer as informações necessárias[13].

Sobre o estado civil, 40 eram casados ou viúvos. Em casais onde um tem diabetes, principalmente se o portador for o homem, o tratamento e manutenção é mais freqüente, sendo que a esposa se responsabiliza pela alimentação e medicação. Assim, é comum observar viúvos com menor adesão ao tratamento que viúvas[12].

O diabetes envolve muitas complicações que podem estar presentes desde o diagnóstico e comprometer a capacidade de autocuidado do usuário, fazendo com que a família tenha que ajudar. Na pesquisa, três pacientes moram sozinhas ou com mais uma pessoa, 19 usuários moram com duas a três pessoas, 28 indivíduos moram com quatro a cinco pessoas na mesma casa. É importante que a enfermeira envolva esses familiares no tratamento do usuário com diabetes[7, 10].

Do total, 43 eram aposentados, 40 possuíam renda familiar entre dois a três salários mínimos e 30 tinham ensino fundamental completo ou não. A renda influencia na compra de produtos dietéticos, adoçantes, tênis para caminhadas, entre outros[12] e a escolaridade, aliada à renda, compõe uma díade influenciadora no tratamento do usuário com diabetes. A enfermeira deve identificar a instrução do diabético durante a consulta para adequar suas orientações.

Quinze usuários sabiam ter o diagnóstico de diabetes há cerca de um a cinco anos, 16 o tinham há cerca de seis a nove anos e 19 descobriram o diabetes há dez ou mais anos. Vê-se que o número de usuários nas três categorias foi aproximado, exigindo atenção da enfermeira, pois as necessidades dos usuários com diagnóstico mais recente podem divergir das encontradas naqueles que já convivem com a doença há mais tempo.

Outro fato a ser destacado é a necessidade do diagnóstico precoce da doença, pois quanto maior o tempo de hiperglicemia, maior o risco de lesão em órgãos-alvo. É preocupante que 22 pessoas desconhecessem o fato de ter diabetes e manter hiperglicemia, descobrindo a doença pela manifestação de sintomas. Dezesseis descobriram que tinham diabetes em exames de rotina e cinco foram diagnosticados em campanha realizada pelo Ministério da Saúde.

É necessário o acompanhamento da doença. Este era realizado por 35 usuários há cerca de um a cinco anos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) pesquisadas, enquanto que 15 faziam acompanhamento há mais tempo (6-10 anos). É válido ressaltar que o primeiro PSF foi implantado em 1998, ano da implantação do programa em Fortaleza, seguido por 2000 e 2001. Este pode ser um dos fatores para a maioria dos usuários estar em tratamento na unidade por um período "recente". Entre os que fazem acompanhamento há mais tempo, alguns afirmaram fazê-lo mesmo antes do programa ser implantado.

O maior tempo de acompanhamento na unidade é importante, pois possibilita o vínculo entre usuário e equipe de saúde, facilitando a interação e o sucesso das práticas. Sua essência é uma relação interpessoal usuário/equipe

QUADRO 2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS E SUA PERCEPÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO NO PSF. FORTALEZA-CE.

VARIÁVEIS			n
Dados de identificação	Sexo	Feminino	33
		Masculino	17
	Faixa Etária	≤59 anos	15
		60 |-|69 anos	26
		>70 anos	9
	Estado civil	Casado	23
		Viúvo	17
		Divorciado/Solteiro	10
	Nº de pessoas com quem reside no domicílio		
		0-1	3
		2-3	19
		4-5	28
	Ocupação	Aposentado	43
		Do lar/Comerciante	7
	Renda Familiar	≤1 salário	5
		2-3 salários	40
		>3 salários	5
	Escolaridade	Ensino fundamental Ensino fundamental	35
		Ensino médio	14
		Ensino superior	1
Dados sobre o DM e a percepção do usuário sobre a consulta de enfermagem ao diabético no PSF	Tempo de descoberta da doença		
		1-5 anos	15
		6-9 anos	16
		≥10 anos	19
	Fez glicemia e descobriu diabetes		
		Porque apresentou sintomas	22
		Porque fazia exames de rotina	16
		Em campanha do Ministério da Saúde	5
	Faz acompanhamento da diabetes na unidade de saúde desde		
		1-5 anos	35
		6-10 anos	15
	Diabetes é...		
		Açúcar no sangue	26
		Doença que pode aleijar	6
		Doença incurável	6
		Doença que pode cegar	5
		Doença causada pela ingestão excessiva de doces	3
		Aumento de glicose no sangue	1
		Não sei responder	3
	Seu tipo de diabetes é		
		Tipo 2	5
		Não sei	45
	Cuidados referidos como necessários ao DM e sua adoção pelos usuários		
		Cuidado com a dieta	50
		Sigo a dieta rigorosamente	8
		Sigo a dieta parcialmente	30
		Não sigo nenhuma dieta	12
		Conheço os alimentos permitidos e os desaconselhados	48
		Cuidado com os pés	35
		Cuidado em praticar exercício físico	29
		Sou sedentário	42
		Cuidado com ferimentos	26
		Cuidados com a administração dos medicamentos	23
		Utilizo medicamentos	49
		Desconheço medicações utilizadas	43
		Cuidados com as complicações da doença	42

longitudinal, independente do número/gravidade dos problemas de saúde ou até mesmo de sua existência[9].

Sobre a doença e seu tratamento, 26 pessoas definiram diabetes como açúcar no sangue, seis como doença que podia "aleijar", seis como doença incurável, cinco como doença que podia cegar, três como doença causada pela ingestão excessiva de doces, três não sabiam responder e para uma pessoa diabetes era o aumento de glicose no sangue. Vemos que, apesar da maior parte não usar termos científicos, eles tinham noções sobre a doença, mas 90% não conheciam seu tipo de diabetes e muitos sequer sabiam que existia mais de um tipo. Não saber tal informação, apesar de interpretado como dado não relevante porque todos possuíam o diabetes tipo 2, demonstra desinformação dos usuários em relação à doença e tratamento.

Sobre os cuidados necessários ao controle da doença, foi citada a dieta (50), o cuidado com os pés (35), a necessidade de praticar exercício físico (29), cuidado com ferimentos (26) e a administração do medicamento (23).

Embora todos tenham citado a dieta, apenas oito afirmaram segui-la rigorosamente, 30 o faziam parcialmente e doze não cumpriam nenhuma dieta, embora 48 tenham afirmado conhecer os alimentos permitidos e os desaconselhados. Frutas e verduras foram as mais citadas entre os alimentos permitidos, enquanto que açúcar, gorduras e refrigerantes foram referidos entre aqueles a serem evitados.

Os hábitos alimentares na vida do homem têm importância bio-fisiológica, conotação sócio-psicológica (alimentação como solução ou prazer que minimiza conflitos existenciais) e de reprodução cultural[1,3]. Assim, há a necessidade da enfermeira escutar os usuários antes de planejar as ações de educação em saúde no plano dietético. Não se pode esquecer que a questão financeira exerce forte influência nesse aspecto, principalmente na clientela atendida nessas UBASF, que, como já visto, é de baixa renda.

No que se refere aos cuidados com os pés, 35 sabiam da necessidade dessa atenção, sendo que as medidas mais citadas foram não andar descalço, lavar bem os pés e enxugá-los adequadamente.

Quanto aos exercícios físicos, 42 afirmaram sedentarismo. Entre os que realizavam alguma atividade (oito), todos citaram a caminhada realizada esporadicamente.

Embora 49 utilizassem medicamentos para diabetes, 43 não conheciam as medicações utilizadas, fazendo uso da receita ou da ajuda de outra pessoa para identificação dos comprimidos.

Muitos referiram conhecimento das complicações, sendo que 42 citaram cegueira, amputações e morte. É válido ressaltar que nenhuma complicação aguda foi citada. Percebemos que as complicações mais temidas são as mais abordadas durante as consultas, o que denota que os profissionais utilizam o medo em busca da adesão terapêutica. Ressaltamos a necessidade de evitar uma educação em saúde coercitiva, embora não se negue o fato de que o diabetes é a principal causa de amputações de membros inferiores e também de cegueira adquirida[1].

Sobre o desenvolvimento da consulta de enfermagem, na ótica dos usuários, temos que esta é prestada na atenção básica e se revela numa das formas de controle do diabetes, doença que pode ser de "fácil" convívio na presença de uma assistência de qualidade.

Investigando as fontes onde os usuários conseguiram informações sobre a doença, foram citados o médico (50), a enfermeira (50), parentes e amigos (15), a televisão (oito), nutricionista (dois), e revistas e jornais (um). É válido ressaltar a dificuldade dos usuários em identificar a enfermeira. Durante a coleta de dados, perguntávamos por quem o usuário seria atendido e ele respondia que era pelo médico e confirmávamos que seria pela enfermeira. Assim, esses dados podem não representar a realidade.

O processo educativo em enfermagem é um dos aspectos mais significativos do cuidado e pode responder pelo sucesso ou falha de um usuário na adaptação a condições crônicas de saúde[7, 10].

Sobre as ações realizadas durante a consulta de enfermagem, os usuários relataram que a enfermeira conversa, faz perguntas, orienta e renova a prescrição medicamentosa anterior. Sete também disseram que, quando necessário, ela os encaminha à consulta médica, seis afirmaram que ela faz a glicemia e cinco comentaram que examina mãos e pés. Comparando esses dados com os anteriores, presentes na análise dos dados fornecidos pelas profissionais, constata-se semelhança na descrição das atividades realizadas na consulta de enfermagem.

Sobre a opinião dos participantes quanto à consulta de enfermagem, 15 pessoas a classificaram como nota dez (em escala de zero a dez) e 30 como nota 8,0, conforme se vê abaixo:

> A consulta é ótima, pois a enfermeira é atenciosa, explica muita coisa, pergunta sobre a medicação e como está a alimentação. (U1)
>
> A consulta é nota dez, gosto muito dela, é muito atenciosa. (U2)
>
> A consulta é boa, porque ela passa o remédio. (U3)
>
> A consulta é boa. Ela explica as coisas, olha para os olhos da gente. (C5)
>
> A consulta e boa. Ela é exigente, pergunta sobre as coisas. (C6)

Percebemos que a opinião dos usuários sobre a consulta de enfermagem relaciona-se à maneira pela qual são atendidos, sendo valorizadas as demonstrações atenciosas.

O processo de educação em saúde é facilitado quando a enfermeira mantém uma relação de empatia com o usuário durante a consulta. A relação de quem cuida e de quem é cuidado requer compreensão sobre a visão de mundo dos diabéticos. Tal atitude será concretizada pela escuta atenciosa, permitindo a expressão de sentimentos, crenças, valores e aspectos gerais sobre o cumprimento ou não do tratamento[2]. Há necessidade também da realização e publicação de estudos na área, a fim de que os conhecimentos gerados possam ser aplicados[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi importante por contribuir para a análise da consulta de enfermagem ao usuário com diabetes no Programa Saúde da Família, possibilitando a definição da percepção das enfermeiras e dos usuários sobre tal prática e revelando algumas características dessa atividade.

Constatamos a importância da participação do enfermeiro na promoção da saúde do diabético, com ênfase no autocuidado, reconhecida pelas pessoas pesquisadas, que denotaram a importância de considerar as características pessoais e a relação com a doença durante a consulta de enfermagem.

Verificou-se que as enfermeiras utilizam a consulta como oportunidade para realizar educação em saúde, mas esta deve considerar a baixa renda e escolaridade dessa população atendida, além da faixa etária predominantemente de idosos.

Deve-se também refletir sobre a maneira como a educação em saúde é realizada na atualidade, sendo necessário ultrapassar o modelo normativo de transmissão de conhecimentos em direção a modelos que valorizem a escolha e a inserção pessoal no tratamento.

Por fim, concluímos que a consulta de enfermagem, mesmo com as dificuldades apresentadas, foi percebida como contribuidora para o controle do diabetes por enfermeiras e usuários, consistindo numa oportunidade de favorecer a adesão terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. São Paulo; 2003.
2. Damasceno MMC. O existir do diabético: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Pós-graduação DENF-UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.
3. Ministério da Saúde(BR). Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil – Região Nordeste: relatório final.. Brasília; 2000. v.3, p. 94.
4. Conselho Nacional de Saúde(BR). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 1996; 4(2 supl.):15-25.
5. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enfermagem 2000 dez; 53(n. esp.):25-30.
6. Medeiros JV, Jorge MSB. Enfermagem e a crise na saúde pública. In: Jorge MSB, Sampaio HAC, organizadores. Construção do conhecimento em saúde coletiva: polí-

ticas públicas e diversidade. Fortaleza: Inesp-Eduece; 2001. p. 171-83.

7. Vanzin AS. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: RMBL; 1996.
8. Ministério da Saúde(BR). Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
10. Ministério da Saúde(BR). Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Área técnica de diabetes e hipertensão arterial. Brasília; 2001.
11. Gastaldo D. É a educação em saúde saudável?: repensando a educação em saúde através do conceito de biopoder. Rev. Educação & Realidade, 1997 jan-jun; 22(1):147-68.
12. Santos RS, Lima CAS. O estilo de vida dos portadores de diabetes mellitus no município de Alcântaras-CE. Rev. Sustentação, 2002 maio-ago; 4(8):55-65.
13. Caldas C. Mesa redonda: terceira idade: crime ou castigo? Rev. Enfermagem Atual, 2002 maio-jun; 2(9):7-13.
14. Abreu RNDC, Moreira TMM. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus (1972-2004). Rev. RENE, 2007 maio-ago; 8(2):60-8.

RECEBIDO: 18/9/2007
ACEITO: 08/01/07

O COMPORTAMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO COM OS FILHOS ADOLESCENTES SOBRE PREVENÇÃO DE HIV/AIDS

PARENTS BEHAVIOR REGARDING COMMUNICATION WITH THEIR ADOLESCENT CONCERNING HIV/AIDS

EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES REFERENTE A LA COMUNICACIÓN CON LOS HIJOS ADOLESCENTES SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Stella Maia Barbosa[1]
Patrícia Neyva Pinheiro da Costa[2]
Neiva Francenely Cunha Vieira[3]

Este estudo teve o objetivo de conhecer como ocorrem as conversas entre pais e filhos adolescentes sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas de HIV/AIDS. Foram entrevistados 26 pais de adolescentes matriculados em uma escola pública do Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos pais tem motivação e interesse de conversar com os filhos sobre a temática, apesar de alguns terem relatado dificuldades em abordar o assunto com os filhos. Percebe-se que a maioria das conversas ocorridas na família apresenta caráter de advertência e não existe maior esclarecimento sobre medidas preventivas de HIV/AIDS ou de uma gravidez indesejada. É preciso que os profissionais de saúde adotem estratégias para a adoção do diálogo informativo com os pais e adolescentes a respeito das diferentes situações ocasionadas pelas relações sexuais desprotegidas, inovando a forma e a qualidade das informações, de modo a viabilizar maior aderência desta população às práticas de comportamento sexual seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Relações pais-filho; Promoção da saúde; Educação em saúde.

The aim of this study is to know about the communication between parents and their adolescent children concerning sex/sexuality and HIV/AIDS as well as prevention methods. 26 parents of adolescents registered in a public school in Fortaleza were interviewed. The results showed that most of the parents have motivation and interest in talking to their children concerning the subject, even though some showed to have had some difficulties approaching the subject with their children, despite the conversations they had with them. It was found that in families it is predominant a warning communication approach rather than clarifying preventive measures concerning HIV/AIDS or an unexpected pregnancy. Health professionals need to adopt strategies for a more informative dialogue with parents and adolescents regarding all the different situations due to unprotected sexual relations. There is a need to renew the quality and the way of giving out this information, so that the population can really put into practice safe sex measures.

KEYWORDS: Adolescent; Parent-child relations; Health promotion; Health in education.

Este estudio tuvo como objetivo saber como son las conversaciones entre padres e hijos adolescentes sobre sexo/sexualidad y medidas preventivas del VIH/SIDA. Fueron entrevistados 26 padres de adolescentes matriculados en una escuela pública del municipio de Fortaleza / Ceará, Brasil Los resultados del estudio mostraron que la mayoría de los padres tiene motivación e interés en conversar con los hijos sobre el tema, a pesar de que algunos han relatado dificultades para abordar el asunto con los hijos. Se percibe que en la mayoría de las conversaciones que ocurren en la familia predomina un tono de advertencia y no hay mucho esclarecimiento sobre medidas preventivas acerca del VIH/SIDA o de un embarazo no deseado. Es necesario que los profesionales de salud incorporen estrategias para la adopción de un diálogo informativo con los padres y adolescentes a respecto de las diferentes situaciones ocasionadas por relaciones sexuales desprotegidas, innovando la forma y la calidad de las informaciones, para viabilizar una mayor adhesión de esta población a las prácticas de comportamiento sexual seguro.

PALABRAS CLAVE: Adolescente; Relaciones padres-hijo; Promoción de la salud; Educación en salud.

[1] Trabalho extraído da pesquisa financiada pelo CNPq, processo nº 409365/2006-8.

[2] Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista PIBIC / CNPq. e-mail: stella.mb@ig.com.br. Rua Pe. Pedro de Alencar, 805 Bl. F apto. 302 CEP. 60840-280 Fortaleza-CE.

[3] Doutora em Enfermagem, Profª Adjunta do Departamento de Enfermagem-UFC e-mail: neyva@ufc.br. Rua Alexandre Baraúna, 1115 CEP. 60430-160.

[4] PhD, Profª Adjunta do Departamento de Enfermagem - UFC, orientadora, coordenadora do projeto de pesquisa CNPq, processo nº 409365/2006. e-mail: neivafrancenely@hotmail.com. Rua Alexandre Baraúna, 1115 CEP. 60430-160.

INTRODUÇÃO

Entende-se a adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa etária dos 10 aos 19 anos, esta também adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde. A lei brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos[1].

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais.

Durante esse período de transformações, o apoio dado aos adolescentes é muito importante, para que eles compreendam as mudanças a que estão sujeitos e não se achem vulneráveis. Alguns jovens podem ser considerados mais vulneráveis do que outros, pois, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas à estrutura familiar e às condições de vida, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e violência, além da falta de acesso amplo aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção[2]. O conceito de vulnerabilidade é mais adequado para que sejam entendidas as experiências dos jovens ante os riscos, sendo essa definida como a capacidade do indivíduo decidir sobre sua situação de risco, estando associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos[3].

Portanto, deve-se procurar identificar questões que possam diminuir o grau de vulnerabilidade dos adolescentes diante desses riscos. E a família é um espaço muito importante para o adolescente encontrar apoio, a fim de não facilitar a ocorrência, comum entre jovens, de violência, uso de drogas, DST/AIDS e gravidez precoce.

Os adolescentes necessitam ter conhecimentos e habilidades que os auxiliem na adoção de comportamentos de sexo seguro. Portanto, intervenções de saúde no meio social em que vivem os adolescentes, que tenham como objetivo aproximá-los do conhecimento, reduzindo as vulnerabilidades a que estão expostos, contribuem na formação de cidadãos, sujeitos de direitos, capazes de decidir e de se responsabilizar por suas escolhas.

Embora pareça haver consenso entre os estudiosos quanto à necessidade de se promover o diálogo e de se ampliar a discussão de questões referentes à sexualidade, primeiramente na família, prosseguindo na escola e em outros grupos sociais, o que se pode constatar, em estudos e pesquisas na área, é que ainda há grandes dificuldades por parte dos adolescentes e adultos na abordagem da temática[4].

Este estudo visa a contribuir com mais conhecimentos sobre produção de saberes em relação à família, adolescente e escola na discussão sobre sexualidade e nos possíveis riscos de contrair DST/HIV/AIDS. Objetivou-se conhecer as dificuldades dos pais quanto à conversa com os filhos/filhas sobre as medidas preventivas de HIV/AIDS e indicar estratégias para o fortalecimento de ações de promoção de saúde do adolescente.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório, pois busca conhecer as diversas situações e relações ocorrentes na vida social e demais aspectos do comportamento humano, além de obter maiores informações sobre a promoção da saúde no contexto familiar. A pesquisa exploratória pode ser usada para se familiarizar e elevar o conhecimento e a compreensão de um problema de pesquisa, neste caso, as conversas sobre sexualidade na família[5].

O estudo iniciou-se num trabalho desenvolvido em uma escola pública de Ensino Fundamental e Médio no Município de Fortaleza-Ceará-Brasil. Os informantes do estudo foram pais ou responsáveis por adolescentes com faixa etária de 10 a 19 anos matriculados na escola citada.

Os pais ou responsáveis estiveram presentes a uma reunião de pais e mestres na escola e foram convidados a participar da pesquisa. A pesquisadora (primeira autora deste artigo) participou desta reunião e promoveu uma roda de conversa com o objetivo de aproximação e interação com os sujeitos do estudo. Após essa atividade, fez um agendamento para realizar visitas domiciliares em dias e horários pré-estabelecidos e acordados para que se realizasse a entrevista.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram um roteiro semi-estruturado e um gravador, com o

intuito de facilitar a coleta dos dados. Além desses instrumentos, foram empregados o diário de campo, a observação e a visita domiciliar.

A visita domiciliar foi utilizada como estratégia, pois os informantes não necessitariam se deslocar para a realização da entrevista, e esta foi marcada no horário estabelecido pelo participante. Acrescenta-se que a residência do informante foi considerada um local mais tranqüilo para que se realizasse a entrevista, havendo oportunidade de conhecer o contexto familiar onde se realizam as conversas com os filhos adolescentes. A realização de visitas domiciliares apresenta vantagens no sentido de conhecer melhor o contexto de vida dos adolescentes e a dinâmica de suas famílias, constituindo oportunidade para fortalecer vínculos, convidá-los para atividades educativas e identificar situações de risco[6].

Para a organização dos dados idealizou-se o método de análise de conteúdo por ser uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa em saúde[7]. Para proceder à análise, agruparam-se os dados através das informações mais relevantes para o estudo contidas nas entrevistas.

A pesquisa respeitou a Resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, que trata de pesquisa com seres humanos[8], respeitando seus direitos e a ética, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Para a realização da entrevista, contou-se com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde havia o detalhamento dos direitos dos participantes da investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para contextualizar o objetivo deste estudo, apresentam-se o perfil dos participantes do estudo. Na discussão será utilizado o termo "pais" quando houver referência aos entrevistados, pois só houve o aparecimento destes (mães e pais) como sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo quando de uma reunião de pais e mestres na escola. Participaram desta 84 (oitenta e quatro) pais ou responsáveis por alunos matriculados. Destes, 32 (38%) manifestaram espontaneamente o interesse em participar da pesquisa, forneceram o endereço e telefone para serem realizadas as visitas domiciliárias. Só foram entrevistados, porém, 26 (31%) pais, por não ter sido possível localizar os domicílios, por motivos como: endereço incompleto; não possuir um telefone e não estar na residência em horários acessíveis para as pesquisadoras.

Dos participantes do estudo, 25 (96%) foram do sexo feminino e 01(4%) masculino. Essa porcentagem elevada de mulheres, quando comparada à dos homens era previsível pela grande responsabilidade atribuída às mulheres na educação dos filhos, principalmente no tocante à sexualidade. Holanda et al.[9], realizaram estudo sobre a compreensão dos pais quanto ao risco de uma infecção por DST/AIDS em seus filhos adolescentes. Neste, também houve o aparecimento de uma grande porcentagem (72,05%) de mulheres (mães e avós). Ressalta-se, portanto, a importância e a responsabilidade atribuída à figura feminina na educação e saúde dos filhos.

No que se refere à faixa etária, os participantes do estudo se encontravam entre 35 e 55 anos, sendo a maior freqüência entre 35 e 48 anos (88,4%).

Quanto à escolaridade, 14 (53,8%) pais tinham o Ensino Fundamental incompleto; 04 (15,3%) pais tinham o Ensino Fundamental completo; 04 (15,3%) pais tinham o Ensino Médio completo; 02 (7,8%) pais nunca tinham estudado; 01 (3,9%) tinha o Ensino Médio incompleto e 01 (3,9%) tinha o Ensino Superior incompleto. Acreditamos que a escolaridade é um fator que pode influenciar no processo de comunicação entre pais e filhos. A baixa escolaridade pode ser um fator que dificulta o diálogo sobre sexualidade com os filhos, bem como no acesso a informações sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas contra HIV/AIDS.

A distribuição dos pais quanto aos que trabalham e não trabalham foi equilibrada: 15 (57,6%) não trabalham formalmente (exercendo a atividade de dona de casa); 11 (42,4%) trabalham, porém, destes, 09 (81,8%) trabalham em casa (exercendo atividades como costureiras e artesãs) e 02 (18,2%) o fazem fora de casa. Esse resultado já era esperado pela baixa escolaridade e pela disponibilidade em participar do estudo que envolvesse visitas domiciliárias, pois os pais que trabalham fora de casa demonstraram maior dificuldade em horários para receber as pesquisadoras.

Em termos de situação econômica, 11 (42,3%) pais referem ter uma renda familiar menos do que 01 salário mínimo; 09 (34,6%) entre 01 e 02 salários mínimos; 04 (15,4%) possuem renda de 03 salários mínimos e 02 (7,7%) possuem uma renda de 04 salários mínimos. Essas condições econômicas são evidenciadas pela baixa escolaridade, em razão de a maioria dos participantes do estudo não trabalhar e em virtude também das atividades exercidas em casa por algumas mães, para ajudar na renda da família.

Estudos revelam que mulheres que trabalham informalmente com serviços domésticos apresentam menor nível sócio-econômico e escolaridade (ensino fundamental), do que aquelas com outra ocupação. Essas mulheres apresentam, comumente, história de migração do interior do estado para a capital e jovens que se inseriram no mundo do trabalho antes da maioridade[9].

Com relação ao número de filhos, o estudo mostrou que 14 (53,8%) pais têm de 01 a 02 filhos; 09 (34,6%) pais têm de 03 a 04 filhos e 03 (11,6%) pais têm 05 filhos. O resultado demonstrou que esses pais não possuem muitos filhos. Antigamente, era mais comum encontrar famílias de prole extensa, principalmente entre pais de baixa escolaridade e de menor poder aquisitivo.

A distribuição dos filhos quanto ao sexo foi equilibrada: foram entrevistados, pais de 69 (100%) adolescentes, dos quais, 39 (56,5%) são do sexo feminino e 30 (43,5%) são homens. Isso demonstra que os pais interessados em participar do estudo, não estão preocupados somente com as meninas, como, culturalmente, era tratado o assunto sexo/sexualidade.

As idades dos adolescentes estão distribuídas uniformemente: 23 (33,3%) se encontram entre 11 e 13 anos; 21 (30,4%) entre 14 e 16 anos; 23 (33,3%) entre 17 a 19 anos e 02 (3%) têm 20 anos. Esse resultado mostra que os pais estão demonstrando interesse em participar de um estudo sobre conversas acerca da sexualidade dos filhos nas fases iniciais ou finais da adolescência.

Nas "conversas sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas HIV/AIDS com os filhos adolescentes", a maioria dos pais relatou a importância de conversarem com os filhos sobre a temática, porém alguns expressaram dificuldade em realizar essa atividade. Alguns pais demonstraram falta de interesse em fazê-lo, por julgarem que não há vantagens em fazê-lo.

As conversas entre pais e filhos sobre sexualidade se estabelecem em um contexto em que, em parte, é constituído de recordações da vivência familiar dos tempos de juventude dos pais. A maioria não percebia suas famílias de origem como disponíveis para oferecer informações sobre o tema. As informações eram obtidas por outros meios, como revistas, colegas de escola, longe dos olhos dos genitores, portanto, a oportunidade de um diálogo aberto era escassa. Atualmente, os pais se sentem preocupados com relação à sexualidade dos filhos, mas a dificuldade em abordar o tema pode se tornar favorável à ausência do diálogo[4].

Com relação ao interesse em conversar com os filhos sobre sexo/sexualidade, a maioria dos pais [24 (92,3%)] disse que tinham interesse em conversar por acharem importante esclarecer os filhos, apesar de alguns terem relatado a dificuldade para isso; 02 (7,7%) disseram que não tinham interesse em conversar com os filhos, por julgar que esse comportamento não tem importância e por não ter estímulo a esta atitude.

Os pais que "conversavam sobre sexualidade com os filhos adolescentes" foram 22 (84,6%); 02 (7,7%) conversavam esporadicamente (às vezes), por terem muita dificuldade, como vergonha e insegurança, e por não se sentirem motivados em fazê-lo, enquanto 02 (7,7 %) não conversavam por não julgarem importante e não terem interesse em conversar com os filhos. Os resultados demonstram que, apesar de os pais relatarem dificuldades no diálogo com os filhos sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas de HIV/Aids, a maioria demonstrou que conversa com os filhos adolescentes mesmo diante das dificuldades.

Sobre o risco do filho (a) contrair alguma DST ou HIV/AIDS, a maioria dos pais, 20 (77%), relatou que os filhos não tinham risco, porque conversavam com os filhos; porque sabiam que eles eram protegidos; espertos. Alguns pais [06 (23%)] afirmaram que os filhos tinham risco porque não sabiam se eles sempre iam usar camisinha; outros disseram que a camisinha pode furar e que o risco sempre existe.

Na procura por alguma fonte de informação para tirar dúvidas deles ou dos filhos sobre sexo/sexualidade ou

medidas preventivas de HIV/AIDS, 14 (53,8%) pais demonstraram procurar algum tipo de informação; destes, 05 (35,8%) relataram a televisão como fonte de informação; 03 (21,4%) citaram a escola; 03 (21,4%) falaram que procuravam amigos ou familiares; e 03 (21,4%) buscam um profissional de saúde para tirar dúvidas. Dos que disseram que não procuravam informações sobre o assunto, 12 (46,2%) relataram falta de interesse em fazê-lo, por não saberem onde procurar ou porque nunca precisaram de informações para tirar dúvidas.

Este resultado demonstra que alguns pais não procuram nenhum tipo de informação para melhor esclarecer os filhos, percebendo-se que os que procuram informações o fazem pelos meios mais acessíveis para eles, principalmente na televisão ou amigos/familiares, que nem sempre têm informações corretas. Segundo Pinheiro[10] (2005, p. 849),

> Se na família e em outros grupos primários não se obtém acesso às informações e à orientação, o cidadão deveria encontrar esse apoio necessário nas escolas e nas unidades de saúde, como meio de enfrentar dúvidas, culpas, medos e viver plenamente sua sexualidade. Entretanto, de forma geral, o sistema de saúde e a rede escolar também não se encontram preparados suficientemente para que tal aconteça em nossa realidade.

Com relação à participação em palestras para saber como orientar seus filhos sobre o assunto sexo/sexualidade e medidas preventivas contra HIV/AIDS, o resultado foi equilibrado, mostrando que 15 (57,6%) não participaram de palestras por não terem tido oportunidade e 11 (42,4%) já participaram de alguma palestra. Destes, a maioria relatou que essa experiência foi na escola. Alguns relataram que foi quando foram à consulta ginecológica e um disse que teve uma palestra no trabalho. Segundo os pais, essas palestras não tiveram o objetivo de orientar os filhos adolescentes sobre o assunto, porém, os pais disseram que o conteúdo que aprenderam nessas palestras serviu para repassar o assunto para os filhos.

Ressalta-se, no entanto, a necessidade de se criar um espaço de acesso aos pais, para que eles obtenham informações seguras sobre suas dúvidas em relação à temática. A Educação em Saúde poderia ser realizada em vários cenários vivenciados no cotidiano dos pais, como unidade de saúde, centros comunitários, escola, entre outros. Catrib et al. (11) (2003, p. 42) relatam que

> A escola é um espaço de interação social, sendo muitas vezes o maior referencial da comunidade, na qual poderão ser utilizados os preceitos da promoção da saúde à medida que incorporarem a Educação em Saúde como estratégia para garantir a manutenção da saúde, desenvolver a consciência crítica e despertar o exercício da cidadania.

Acerca da fonte de informação onde os pais achavam que os filhos tiravam dúvidas sobre sexo/sexualidade, 08 (30,7%) pais acham que os filhos procuram os amigos para tirar dúvidas; 07 (27%) acham que os filhos procuram a escola; 06 (23%) julgam que os filhos procuram a mãe e 05 (19,3%) pensam que os filhos assistem à televisão para tirar as suas dúvidas. Este resultado demonstra que a maioria dos pais pensa que os filhos não os procuram quando estão com dúvidas e os que relataram que são procurados pelos filhos só citaram a figura materna. Borges, Nichiata e Schor[12] relataram em estudo que homens e mulheres adolescentes contavam, principalmente, com as mães para o esclarecimento de dúvidas, evidenciando a ausência do diálogo e participação do pai na vida de seus filhos, especialmente das filhas, encarregando, quem sabe, esse papel à mãe. Constataram, ainda, que o pai é pouco participativo nas conversas sobre sexualidade, e, por meio do relato de adolescentes de ambos os sexos, identificou-se maior abertura para perguntar sobre sexo às mães do que aos pais.

Estes resultados demonstram, na maioria das vezes, a ausência da figura paterna na educação dos filhos e filhas, principalmente no tocante à sexualidade, delegando a grande responsabilidade dessas atividades somente às mulheres (figura materna).

Sobre o tema sexo/sexualidade ser conversado na escola, o estudo mostrou que todos os pais 26(100%) concordavam com essa atividade. Isso comprova que os pais que têm interesse em conversar com os adolescentes acham importante que os filhos dialoguem na escola sobre o assunto e os que não conversam com os filhos põem na escola a responsabilidade de conversar com os adolescentes, já

que os pais não o fazem por diversos motivos, como vergonha e falta de interesse, entre outros.

A UNESCO[13] realizou uma pesquisa que confirmou a aceitação de pais e alunos a ações de prevenção e a oferta de preservativo na escola como uma das atividades do Projeto Saúde e Prevenção as Escolas (SPE). A disponibilização do preservativo no ambiente escolar é considerada "uma idéia legal" para 89,5% dos estudantes e 63% dos pais. Apenas 5,1% dos alunos, 6,7% dos professores e 12,0% dos pais pesquisados acham que essa "não é função da escola". A pesquisa confirmou que os pais se tornam grandes aliados às atividades desenvolvidas nas escolas públicas que aderiram ao projeto e 56% dos pais entrevistados afirmaram "ter intensificado o diálogo com os filhos e ampliado a discussão e as informações sobre prevenção". Os pesquisados declararam que os temas DST /AIDS e gravidez passaram a ser mais discutidos, tanto entre professores e estudantes como entre estudantes e seus pais.

Ao classificarem o serviço de saúde mais próximo de sua residência para tirar dúvidas ou conversar sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas contra HIV/AIDS, a maioria dos pais, 20 (76,8%), relatou que nunca procuraram um serviço de saúde para tirar dúvidas sobre esse assunto ou não sabiam que o serviço de saúde tem este tipo de atendimento. Alguns pais [04 (15,4%)] classificaram como "bom" o serviço, pois, quando vão ao posto para uma consulta ginecológica, participam de palestra sobre o assunto e 02 (7,8%) classificaram como "regular", pois participaram de palestras, mas não conseguiram tirar dúvidas sobre o assunto. Este resultado demonstra que o serviço de saúde não é uma referência para a maioria dos pais tirarem dúvidas sobre a temática. Esse resultado pode revelar, também, que o serviço de saúde não está tendo o papel de prevenir e promover saúde para esses pais e adolescentes.

Ao fim da entrevista, pediu-se para os pais se classificarem com relação às conversas com os filhos adolescentes sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas de HIV/AIDS: 11 (42,4%) pais disseram que conversam com os filhos sempre que julgam necessário; 09 (34,6%) pais disseram que conversam quando os filhos solicitam; 04 (15,3%) pais disseram que não conversam, mas gostariam de conversar; e 02 (7,7%) pais relataram que não conversam e não querem falar no assunto com os filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados tornam patente o fato de que a maioria dos pais tem o interesse de conversar com os filhos sobre a temática, mas nem todos têm a ação de fazê-lo e alguns demonstraram dificuldades no diálogo com os filhos. Durante a entrevista, pôde-se notar que as conversas ocorrem de forma superficial e são realizadas em torno de dar exemplos de pessoas conhecidas, que passaram por situações de gravidezes indesejadas, por exemplo, ou se tornam resumidas em "Tome cuidado com a vida, meu filho!". Não há maior esclarecimento sobre medidas preventivas de DST/HIV/AIDS ou como se prevenir de uma gravidez indesejada. Acredita-se que isso pode resultar da baixa escolaridade dos pais e, conseqüentemente, no pouco acesso a meios informativos para esclarecer melhor os filhos adolescentes sobre a temática.

O estudo mostrou que a maioria dos pais tem interesse e motivação para conversar com os filhos adolescentes, porém falta criar acessos e estratégias para trabalhar com esses pais, para que eles possam ajudar os filhos a ter uma saúde sexual e reprodutiva mais saudável.

Estratégias devem ser criadas para promover a saúde do adolescente juntamente com a família, escola e unidades de saúde, pois, ao unir os meios sociais que vive o adolescente para promover Educação em Saúde, se estará mais próximo de atingir o objetivo de promoção e prevenção da saúde do adolescente.

Com base nos resultados deste estudo, algumas sugestões de estratégias para integrar escola, unidade de saúde, família e comunidade são indicadas com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente:

- maior integração das escolas com os pais e a comunidade em geral e, destes com as unidades de saúde;
- implementar atividades conjuntas entre a escola, os serviços de saúde, comunidade e famílias. (Ex: visitas domiciliares, visitas a escola e visitas aos serviços de saúde);
- envolver os adolescentes e famílias em projetos e ações educativas nas escolas, unidades de saú-

de e comunidade – grupos de adolescentes nas unidades de saúde; feiras de saúde realizadas em unidades de saúde; palestras nas escolas realizadas por profissionais de saúde envolvendo adolescentes e famílias; viabilizar nas escolas e na comunidade murais informativos sobre os serviços de saúde;

- criar mecanismos de facilitar o acesso de adolescentes e pais aos serviços de saúde;
- capacitar adolescentes e jovens que tenham interesse para serem promotores de saúde; e
- criar boletins informativos, jornais comunitários, jornais escolares a serem distribuídos na escola e na comunidade em geral.

Nas áreas da Saúde e Educação, ainda se constatam poucas ações efetivas para que se faça realmente Educação em Saúde que envolva o adolescente e família. Apesar de haver, atualmente, políticas públicas sendo implementadas para promover a saúde do adolescente, ainda faltam esforços para ações em que haja interação do adolescente com a escola e a família. O contexto atual demonstra aos profissionais de educação, da saúde e à sociedade em geral a necessidade de um aprofundamento no estudo da sexualidade do adolescente e na proposição de um trabalho interdisciplinar, para que possam ajudar o adolescente a refletir sobre a própria vida íntima e a importância da sua relação com o outro e com o mundo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde(BR). Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2006.
2. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
3. Secretaria da Saúde (SP). Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo; 2006.
4. Jesus MCP. Educação sexual: o cotidiano de pais e adolescentes. Juiz de Fora: FEME; 1999.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ª ed. e 7ª reimpressão. São Paulo: Atlas; 2006. p. 42-121.
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2002. (Séries CNS. Cadernos Técnicos). p. 84.
8. Holanda ML, Machado MFAS, Vieira NFC, Barroso MGT. Compreensão dos pais sobre a exposição dos filhos aos riscos das DST/AIDS. Rev. RENE, 2006 jan/abr; 7(1): 27-34.
9. Iriart JAB et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. [online]. [Acesso 2007 mar 11]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=391>
10. Pinheiro VMS. Contribuições da educação em saúde na prevenção e controle das DST In: Passos MRL. Deessetologia, DST 5. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 849-55.
11. Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Vieira NFC, Albuquerque VLM. Saúde no espaço escolar. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em Saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 39-46.
12. Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Rev Latinoam Enfermagem, 2006 mai/jun; 14(3): 422-27.
13. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. Saúde e educação: cenários para a cultura de prevenção nas escolas. [online]. [Acesso 2007 mar 11]. Disponível em: http://www.unesco.org.br /noticias /releases/avaliacao1spe/ mostra _ documento.

RECEBIDO: 16/07/2007
ACEITO: 22/10/07

PERFIL GINECO – OBSTÉTRICO E REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO POR PROSTITUTAS DE FORTALEZA

GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC PROFILE AND PREVENTION EXAM BY PROSTITUTES FROM FORTALEZA

PERFIL GINECOLÓGICO / OBSTÉTRICO Y REALIZACIÓN DE EXAMEN PREVENTIVO DE PROSTITUTAS DE FORTALEZA

Ana Izabel Oliveira Nicolau[1]
Priscila de Souza Aquino[2]
Escolástica Rejane Ferreira Moura[3]
Ana Karina Bezerra Pinheiro[4]

Estudo descritivo, quantitativo cujo objetivo foi identificar o perfil ginecológico e obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE. Foram entrevistadas 81 prostitutas do centro de Fortaleza, por meio de formulário estruturado com questões da história sexual e obstétrica, em outubro de 2005. Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS, versão 11.0 e analisados de acordo com a literatura, disponibilizados por meio de tabelas estatísticas. Verificou-se início sexual precoce, entre 13 e 15 anos. A idade da menarca coincidiu com o início da vida sexual em 46,9% da amostra. Observou-se que 95,1% das mulheres já haviam engravidado e 49,4% realizaram aborto; 95,1% já realizaram o exame de prevenção do câncer de colo uterino, sendo que 51,9% o realizou há menos de um ano. Concluiu-se que as prostitutas apresentaram características ginecológicas e obstétricas preocupantes no concernente às DST/Aids, câncer de colo de útero e mama, apesar de demonstrarem acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil de saúde, Prostituição, Saúde pública.

It is a descriptive, quantitative study that aimed to identify the gynecological and obstetrical profile of prostitutes from Fortaleza-CE. The sample consisted of 81 prostitutes of Fortaleza downtown, with a structured interview about the sexual and gynecological history in October of 2005. The data was inserted in the statistical program SPSS version 11.0 and analyzed with the literature, available through statistic tables. Precocious sexual beginning was verified, between 13 and 15 years of age. The age of the first menstrual cycle was the same of the sexual beginning in 46, 9%. It was observed that 95, 1% of the women were already pregnant and 49, 4% had carried through abortion; 95, 1% had already carried out the examination to prevent female cancer, of which 51, 9% had accomplished the exam less than a year before. It was concluded that the prostitutes presented gynecological and obstetrical characteristics which were preoccupying concerning STD/Aids, breast cancer and cervical neoplasia although they had access to health services.

KEYWORD: Health Profile, Prostitution, Public health.

Estudio descriptivo, cuantitativo cuyo objetivo fue identificar el perfil ginecológico y obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE. Fueron entrevistadas 81 prostitutas del centro de Fortaleza, a través de un formulario de entrevista estructurado con cuestiones sobre su historia sexual y obstétrica, en octubre de 2005. Los datos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS, versión 11.0 y analizados de acuerdo con la literatura, disponibles a través de las tablillas estadísticas. Se verificó iniciación sexual precoz, entre 13 y 15 años. La edad del primer ciclo menstrual coincidió con el inicio de la vida sexual en el 46,9% de la muestra. Se pudo observar que el 95,1% de las mujeres ya habían estado embarazadas y el 49,4% habían hecho aborto; el 95,1% habían realizado el examen de prevención de cáncer de cuello del útero, siendo que el 51,9% lo había realizado hacía menos de un año. Se concluyó que las prostitutas presentaron características ginecológicas y obstétricas preocupantes en lo que concierne a las DST/SIDA, el cáncer de cuello de útero y de mama, a pesar de confirmar acceso a los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Perfil de salud, Prostitución, Salud pública.

[1] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Endereço: Av. João Pessoa, 5053. Apto. 1101- Damas 60425-681- Fortaleza- CE. Endereço eletrônico: anabelpet@ yahoo.com.br

[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Cruzeiro do Sul, 221. Bairro Carlito Pamplona. CEP: 60335-190. Fortaleza - CE. Endereço eletrônico: priscilapetenf@yahoo.com.br.

[3] Enfermeira. Professora Adjunto II da Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela UFC. Endereço profissional: Rua:Alexandre Baraúna, 1115. Bairro: Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160 - Fortaleza, CE. Endereço eletrônico: escolpaz@yahoo.com.br.

[4] Enfermeira. Professora Adjunto III da Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela UFC. Co-tutora do PET. Endereço profissional: Rua:Alexandre Baraúna, 1115. Bairro Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160 - Fortaleza, CE. Endereço eletrônico: anakarinaufc@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é intrínseca à personalidade do ser humano e seu desenvolvimento depende da realização das necessidades humanas básicas, do desejo de contato, da intimidade e da expressão emocional. A sexualidade é construída pela interação entre indivíduo, família e redes sociais, fundamentais para o bem-estar individual, interpessoal e social[1].

Desde tempos remotos, a mulher não exercia sua sexualidade plenamente. O foco da atenção à saúde era meramente voltado para a maternidade, sobressaindo a função reprodutora em detrimento da sexualidade. As mulheres cujos comportamentos não seguiam rigorosamente as regras contidas nos padrões sociais eram desrespeitadas e ignoradas pelo sistema vigente.

Pela situação de miséria da grande massa populacional, as mulheres passaram a ocupar espaços antes ocupados pelos homens, saindo às ruas em busca de melhores condições de vida. Contudo, a escassa formação e a falta de experiência profissional fizeram com que as mulheres exercessem funções menos valorizadas, com menor remuneração e reconhecimento do trabalho. Nesse contexto, houve um aumento da prostituição nas cidades, o que denota uma forma de essas mulheres complementarem os baixos salários[2].

Podemos definir prostituição como a comercialização da prática sexual, geralmente em troca de favores ou vantagens monetárias. A existência dessa prática é fato constante e freqüente na história da humanidade. Antigamente, em muitas civilizações, a prostituição era considerada um ritual de iniciação para meninas que atingiam a puberdade. As prostitutas eram consideradas sagradas e recebiam honras de divindades em troca de favores sexuais[3].

Ao contrário do que ocorria nas antigas civilizações, a imagem da prostituta no Brasil sempre foi atrelada à desvalorização da mulher, associada, geralmente, à aquisição de doenças venéreas. As políticas públicas voltadas para as prostitutas, relacionadas às campanhas higienistas, promoviam o extermínio de tal profissão, considerada responsável por disseminar as doenças.

Existiram e ainda existem muitas tentativas de regulamentação da prostituição em todo o mundo. Países como a Colômbia exigem, para o exercício da prostituição, um "atestado de segurança" referente aos exames para detecção de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Só é possível exercer a profissão de posse dos exames, exigidos por policiais e donos de bares. Tais exames, realizados periodicamente, representam uma falsa garantia de segurança sanitária pelo governo e podem até reduzir o uso do preservativo nas zonas[4].

Apesar de serem culpadas por disseminar as DSTs, estudos mostram que os índices destas doenças são baixos nessa população. Estudo comparativo na mesma população de prostitutas em dois anos diferentes identificou queda no número de prostitutas com sintomatologia para DST[5].

Desde seu surgimento até os dias de hoje, a prostituição vem aumentando significativamente a cada ano, estando a cidade de Fortaleza entre os quatro centros do tráfico de mulheres no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia[6]. No Brasil, há certa tolerância social quanto à venda do corpo de meninas e mulheres, como alternativa possível para a sobrevivência, talvez devido aos resquícios das questões de gênero que influenciam a sociedade. Com isso, as grandes cidades do país tornaram-se terrenos férteis para o turismo sexual, e viabilizam assim o crescimento da exploração sexual infanto-juvenil. Em Fortaleza, o turismo sexual é uma prática presente, a qual incentiva a vinda de diversas pessoas do interior do Estado para buscar oportunidades na capital com esse tipo de prática[7].

É comum a migração de mulheres para outras localidades em busca de melhores condições de trabalho, além do fato de estar longe da família para exercer a prostituição sem maiores problemas[8]. Estudo realizado com 515 prostitutas e travestis mostrou que mais da metade destes nasceram em outros estados, além de manterem residência fixa em outras cidades que não a de exercício da prostituição[9].

A partir dos anos 80, as prostitutas começaram a se organizar e lutar por seus direitos, bem como pela regulamentação da profissão. Para tanto, foi imprescindível uma maior mobilização e articulação delas, que passaram a ter consciência de seus direitos como cidadãs. No Ceará, em 1990, foi criada a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE), que passou a defender os ideais da categoria, desenvolver trabalho educativo sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids, distribuição de preservativos, além de incentivar a busca pelos serviços de saúde por prostitutas e adolescentes[10].

O fato da maioria das prostitutas não comparecer aos serviços de saúde, por vergonha, temor de sofrer discriminação, ou dificuldade de acesso, leva essa clientela a representar uma parcela da população descoberta das ações de saúde. Todavia, a compreensão da promoção da saúde não deve se restringir a um campo de prática, pois o conceito de saúde deve ser entendido em sua amplitude e de forma positiva, como conceito em construção em que os diversos saberes e ações direcionam para um novo modelo que favoreça a capacitação dos indivíduos na sua construção. Assim, compete ao sistema de saúde garantir a eqüidade, de maneira a incluir todo cidadão brasileiro como seu beneficiário.

Para um programa de saúde sexual e reprodutiva ser de qualidade, é preciso conhecer as reais necessidades da população-alvo, bem como os principais problemas existentes. Esse fato pode contribuir efetivamente na atuação dos profissionais junto à clientela específica.

Tratando-se de uma população exclusivamente feminina, com peculiaridades inerentes ao sexo, são poucos os estudos que ajudam a conhecer o perfil dessa clientela. Portanto, considerando-se o pouco conhecimento dos profissionais de saúde em relação às prostitutas e perante o compromisso de atendê-las no seu contexto real, indagou-se: quais as características ginecológicas e obstétricas desse grupo específico? Quais as atitudes de busca de saúde sexual e reprodutiva dessa população? Assim, decidiu-se realizar o presente estudo cujo objetivo foi identificar o perfil ginecológico e obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE.

Nesse contexto, ressaltamos o enfermeiro como membro da equipe de atenção básica à saúde, com participação destacada na educação em saúde da população. Porém, é necessário que os valores e preceitos inerentes à formação profissional dêem espaço ao conhecimento das necessidades da clientela, livre de preconceitos e julgamentos, para que tais ações sejam efetivas[11].

A consulta de enfermagem em ginecologia surge como uma proposta de interação entre profissional e cliente, pois ao mesmo tempo em que a cliente procura o serviço de saúde para solucionar o seu problema, o enfermeiro busca garantir a resolubilidade desse, oferecendo oportunidades de esclarecimento, identificando necessidades reais e promovendo a saúde.

Acredita-se que o estudo poderá contribuir para a reorientação da dinâmica de atendimento a essa clientela, uma vez que os resultados indicam a situação diagnóstica dessa população, revelando lacunas que conduzirão a estratégias educativas para a construção do processo de humanização da atenção à saúde.

Espera-se ainda, que as conclusões possam servir de subsídios para estudos posteriores, pois a prostituição ainda é tema pouco abordado pelos profissionais de saúde[9].

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta), em uma seqüência lógica de passos que é similar em todos os estudos. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo[12].

Participaram do estudo 81 prostitutas cadastradas na Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE). A referida associação possui 3.200 mulheres cadastradas em todo estado, com 500 trabalhando no centro de Fortaleza, correspondendo à população do estudo. A amostra referiu-se a 16,2% da população. A seleção da amostra foi por conveniência, porém essa obedeceu aos seguintes critérios: ser mulher, prostituta, estar cadastrada na APROCE, ter idade superior a 21 anos e aceitar participar livremente do estudo.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário estruturado de entrevista, com questões acerca da história ginecológica e obstétrica dessas mulheres. Os dados foram coletados em outubro de 2005, em visita das pesquisadoras às quatro zonas de prostituição do centro de Fortaleza: Praça da Estação, Passeio Público, Rua 24 de Maio e Praça José de Alencar. Antes de iniciar a pesquisa de campo, foi solicitado à diretora da APROCE auxílio na escolha das zonas a serem visitadas, bem como na definição dos horários mais adequados para se efetuar a coleta dos dados. Além disso, educadoras sociais da APROCE acompanharam as pesquisadoras no trabalho de campo.

Existiram algumas dificuldades durante a coleta de dados, pois as prostitutas foram entrevistadas em suas zonas de trabalho, durante o expediente. Entrevistas foram

interrompidas por interferências várias e algumas informantes não demonstraram confiança e não se sentiram à vontade com as entrevistadoras.

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e apurados no Sistema Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0. Esses foram apresentados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

As normas e diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução N° 196/96, para a pesquisa em saúde envolvendo seres humanos, foram seguidas durante o desenvolvimento da pesquisa. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo obtido aprovação, que fora informada sob o protocolo no 289/05. Antes de iniciar a entrevista, cada prostituta assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo conhecimento de que poderia desistir da pesquisa em qualquer momento, se assim desejasse.

RESULTADOS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROSTITUTAS SEGUNDO VARIÁVEIS GINECO-OBSTÉTRICAS. FORTALEZA, CEARÁ. 2005.

Variáveis	N°	%
Idade (em anos) (n=81)		
21-25	21	25,9
26-30	18	22,2
31-35	11	13,6
36-40	13	16,1
41-45	8	9,9
>45	10	12,3
Idade da menarca (em anos) (n=81)		
10 -12	19	23,4
13 - 15	54	66,7
16 - 18	8	9,9
Idade de iniciação sexual (em anos) (n=81)		
?15	45	55,5
16-19	31	38,8
20-22	5	6,2
Númeeros de gestações (n=77)		
1-2	20	26,2
3-4	36	46,0
5 -6	12	16,0
7 -12	9	11,8
Número de filhos vivos (n=74)		
1-2	31	41,9
3-4	35	47,3
5-6	8	10,8
Ocorrência de aborto(s) (n=81)		
Sim	40	50,6
Não	41	49,4
Aborto(s) provocado(s) (n=26)		
1-2	19	73,0
3-4	6	23,0
10	1	4,0

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROSTITUTAS SEGUNDO DINÂMICA DE REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. FORTALEZA-CE, 2006.

Dinâmica de realização do exame	N°.	%
História de realização do exame		
Sim	77	95,1
Não	4	4,9
Intervalo de realização do último exame		
(em ano)	40	51,9
Menos de 1	28	36,3
De 1 a 3	9	11,8
Mais de 3		
Periodicidade com que realiza (n=77)		
Anual	47	61,1
Quando apresenta sintomas	17	22,0
Semestral	9	11,7
Sem critério	4	5,2

DISCUSSÃO

A idade das prostitutas variou de 21 a mais de 45 anos, porém 21 (25,9%) tinham entre 21 e 25 anos e 18 (22,2%) tinham de 26 a 30 anos, ou seja, 39 (48,1%) mulheres do grupo investigado pertenciam a uma faixa etária jovem (21 a 30 anos), ressaltando-se o intervalo de 21 a 25 anos como o mais prevalente. Quando indagadas acerca da renda familiar mensal, observou-se 42 (51,9%) prostitutas com uma renda de 1 a 3 salários mínimos e 32 (39,5%) com renda menor que um salário mínimo.

A faixa de idade da menarca variou de 10 a 18 anos, sendo que 54 (66,7%) tiveram a primeira menstruação entre 13 e 15 anos e 19 (23,4%) apresentaram menarca entre 10 e 12 anos. A menarca é um indicador da maturação sexual feminina e é definida como a idade em que ocorre a primeira menstruação[13]. Estudo realizado com escolares brasileiras em Londrina (PR) mostrou que a idade prevalente da menarca foi de 12, 09 anos[14]. Diversos fatores estão associados à idade de ocorrência da menarca como: condições nutricionais, físicas, genéticas e ambientais[15]. A menarca precoce, ou seja, abaixo dos 11 anos, associada a outros fatores como uso crônico do álcool, alta ingesta de gorduras, entre outros, representa fator de risco secundário para o câncer de mama[16].

Confirmando o pensamento anterior, a iniciação sexual variou de 15 a 22 anos e quase metade da amostra, 38 (46,9%), teve sua primeira relação sexual na mesma idade em que ocorreu a menarca. Constatou-se 76 (93,8%) mu-

lheres com idade da primeira relação sexual até os 19 anos, ou seja, ainda na adolescência. Pesquisas constataram redução da idade de iniciação sexual ao se analisar essa prática na juventude, revelando a percepção dos jovens sobre essa fase, como propícia para a liberdade de experimentar o prazer da vida, o sexo[17]. Em concordância, pesquisas revelaram que a atividade sexual tem sido iniciada precocemente e mantida entre adolescentes de forma freqüente[18]. A idade da primeira relação sexual está entre 15 anos para os homens e 17 anos para as mulheres[19].

Durante a adolescência homens e mulheres passam por profundas transformações e por experiências relativas à sexualidade, mas nem sempre se encontram preparados para a iniciação sexual, podendo se submeter a riscos e frustrações. A atividade sexual na adolescência encontra-se como fator de risco para aquisição de uma DST, em conjunto com o aumento do número de parceiros sexuais, dentre outros[20]. Portanto, é necessário que o/a adolescente esteja plenamente esclarecido/a quanto à sua sexualidade, alterações inerentes a essa fase da vida e métodos de promoção de sua saúde sexual, que podem ser orientados pelos profissionais da saúde.

No que diz respeito ao número de gestações, este variou de 1 a 12, em que 77 (95%) prostitutas entrevistadas já haviam engravidado. Destas, 36 (46%) tinham tido de 3 a 4 gestações. Vale ressaltar que 9 (11,8%) mulheres tiveram mais que sete gestações. Totalizando o número de gestações, encontramos 302 gestações. Se considerarmos a viabilidade de todas as gestações, encontramos uma média de 3,92 gestações por mulher, o que ultrapassa a taxa de fecundidade total (TFT) nacional da população geral que é de 2,3 filhos por mulher, com dados para a região Nordeste de 2,39 e para o Ceará, 2,42 filhos[21].

A maioria dos sujeitos do estudo tinha filhos vivos, 75 (92,6%). Dentre estas, 23 (30,7%) possuíam três filhos, 17 (22,7%) dois filhos, 14 (18,7%) um filho e 12 (16%) quatro filhos.

O número médio de filhos por mulher, em 1991, era de quase quatro filhos por mulher cearense. Já em 2000, este número diminuiu para quase três filhos, situação praticamente igual ao resto do Brasil e do Nordeste[22]. Percebe-se então, que nessa amostra a TFT corresponde à de há 15 anos, fator que instiga a necessidade de se oferecer atenção adequada ao planejamento familiar do grupo investigado. Ademais, o elevado índice de gestações desse grupo populacional permite inferir a prática sexual sem preservativo, o que as torna expostas ao risco de contrair DSTs e o HIV/Aids.

Planejar a família é um direito reprodutivo e enquanto ação dos serviços de saúde tem como principal objetivo garantir aos cidadãos o direito de ter ou não ter filhos[23]. Portanto, os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para se evitar gravidez, além de consultas ginecológicas e ações educativas para a escolha livre e consciente do método. O planejamento familiar é, atualmente, direito legal do cidadão brasileiro, conforme Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988[24].

Analisando o número de partos, observou-se que este não corresponde ao número de gestações. Enquanto foram referidas 302 gravidezes, ocorreram 227 partos, ou seja, 75 (24,8%) se perderam. Essa análise evidencia a prática do aborto provocado, uma vez que se estima ser em torno de 10% a percentagem de abortamentos espontâneos entre mulheres grávidas em geral. Todavia, essa realidade não é restrita a mulheres prostitutas, pois percentual semelhante é identificado na população geral de mulheres grávidas.

Quando indagadas acerca da ocorrência de aborto, 40 (49,4%) mulheres entrevistadas já haviam vivenciado tal intercorrência, considerando que três delas nunca haviam engravidado. Portanto, excluindo estas, a incidência de aborto na amostra do estudo chega a alcançar mais da metade dessas mulheres. Estudo realizado mostrou que as principais razões para a realização do aborto estão relacionadas a fatores socioeconômicos, difícil relação com o companheiro, falta de apoio familiar, idade, entre outros[25].

No Brasil, cerca de 1,2 milhões de abortos são realizados anualmente, responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades, além de 250 mil casos de complicações. Respondem à quinta causa de internações hospitalares. Além disso, os riscos dos procedimentos incluem hemorragias, perfurações vesicais, uterinas e intestinais, entre outros [26,27].

Quando indagadas acerca da realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, 77 (95,1%) prostitutas já o realizaram alguma vez na vida. O número de exa-

mes realizados para detecção precoce do câncer do colo do útero teve um crescimento a partir do ano 2000 significativo: foram registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS 7,0 milhões de exames citopatológicos em 2000, 8,6 milhões em 2001 e 10,4 milhões em 2002[28]. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil, em 2006, foi de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres, representando o sétimo câncer mais comum na população brasileira. A estimativa para o ano de 2006 de número de casos novos para o Ceará foi 780 casos e para Fortaleza 250 casos[29].

A respeito do intervalo de realização do exame de prevenção, 40 (51,9%) mulheres o haviam realizado há menos de um ano, 28 (36,3%) há mais de um ano e menos de três e 9 (11,8%) há mais de três anos. Vale ressaltar que 4 (4,9%) mulheres nunca haviam realizado o exame. Estudo chama a atenção para o fato de que, embora a maioria das mulheres relate que realiza o exame de prevenção anualmente, essas se contradizem ao revelarem a última vez que realmente realizaram o exame[30]. Alguns fatores de risco para o câncer de colo uterino estiveram presentes no estudo ora realizado. A incidência prevalece em pessoas com dificuldades socioeconômicas mais acentuadamente que outros fatores de risco como multiparidade, precocidade sexual, déficits nutricionais e higiene precária[31].

Independente da existência de fatores de risco, toda mulher com vida sexual ativa deve submeter-se ao exame preventivo anualmente, passando a trienal após o achado de dois exames citopatológicos anuais consecutivos negativos[32]. Essa prática favorece a detecção precoce de possíveis lesões precursoras do câncer e mostrou-se bastante favorável no grupo pesquisado.

Em relação à periodicidade da realização do exame, constatou-se que do total de mulheres que se previnem, 47 (61,1%) realizam o exame anualmente, 9 (11,7%) semestralmente e 17 (22%) só o realizam quando apresentam alguma queixa. Apesar das taxas de cobertura da assistência ginecológica estarem aumentando, ainda é elevado o número de mulheres que não realizam o exame anualmente[33]. A população feminina precisa ser informada e estimulada acerca da importância da realização anual do exame ginecológico como método barato e eficaz de prevenir o câncer de colo uterino, além das diversas patologias que podem ser prevenidas e tratadas durante o atendimento. A consulta por médicos ou enfermeiros representa uma oportunidade ímpar de interação profissional-cliente, na qual várias dúvidas podem ser sanadas, além de o profissional aproveitar essa oportunidade para identificar possíveis fatores de risco para os agravos.

CONCLUSÃO

A prostituição como problema social relevante da cidade de Fortaleza, necessita de ações para reduzir o estímulo à inserção da população feminina neste comércio, bem como carece de medidas dos serviços de saúde para garantir uma atenção especial a esse grupo populacional, cujo perfil ginecológico e obstétrico apresentou características preocupantes para a aquisição de DST/Aids, do câncer de colo uterino e mama.

Apresentaram características ginecológicas e obstétricas que denotaram risco à saúde sexual e reprodutiva, como: o início precoce da atividade sexual, muitas vezes coincidindo com a menarca e os baixos níveis socioeconômicos, o que aumenta a chance de se contrair as DST/HIV/aids e, por conseguinte, danos físicos e danos psicológicos. Além disso, o início precoce da atividade sexual, associada ao elevado número de clientes constituem importantes fatores de risco para o câncer de colo de útero, uma vez que estão por mais tempo expostas à aquisição do HPV. A menarca precoce também representa um fator de risco nessa população, uma vez que estão sujeitas à ação do estrógeno por mais tempo, o que acarreta riscos de câncer de mama. Identificou-se, também, paridade elevada, que se inicia precocemente e os abortamentos provocados são freqüentes, reproduzindo a falta de conhecimento e de acesso aos serviços de planejamento familiar e de atenção básica em geral. Essa prática representa riscos à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, pois as conseqüências de um aborto mal sucedido acarretam, além de danos psicológicos decorridos da prática, danos físicos, como o risco de infecções, esterilidade e complicações. Portanto, o perfil das prostitutas, sinaliza para a necessidade de se tornar os serviços de atenção básica abrangentes e eficazes e que estas sejam inseridas naturalmente nesse sistema, com eqüi-

dade. Não foi identificado qualquer aspecto que justifique serem atendidas com atividades específicas, segregadas, o que só contribuiria para fortalecer preconceitos. Se as prostitutas são discriminadas na sociedade, estas uma vez organizadas deverão exercer sua cidadania e conquistar seus direitos, porém, como usuárias de serviços de saúde, nenhuma característica foi encontrada que determine serem tratadas de forma diferente.

Ao contrário do que se esperava, o exame de prevenção do câncer de colo uterino mostrou-se acessível às prostitutas, aspecto observado pela freqüência com que fazem o exame e percentual das que já realizaram alguma vez. Esse achado faz amenizar os riscos aos quais estão submetidas, visto que proporciona o diagnóstico precoce das alterações e agravos.

O Brasil tem tido papel especialmente importante no cenário internacional de desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, criativas e efetivas, preocupadas com a inclusão social e com o combate à discriminação, incluindo setores da sociedade civil organizada, tanto na saúde da mulher quanto no campo das DST/Aids[34,35]. Assim, ao identificarmos o perfil gineco-obstétrico de prostitutas atuantes no centro de Fortaleza, concluímos que essas mulheres necessitam de assistência básica no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, devendo ser abrangidas pelas equipes do Programa Saúde da Família, nos campos prioritários para a saúde da mulher, definidos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001). As equipes de PSF devem assistir em concepção e contracepção, assistência pré-natal, prevenção do câncer de colo uterino e DST/HIV/Aids. Ações educativas são fundamentais para promover maior conhecimento, autocuidado, auto-estima e contribuír para a construção de uma cultura pró-ativa, de respeito aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e reprodutivos.

Enfim, os profissionais de saúde que compõem a equipe de atenção básica, devem estar sensibilizados para as necessidades de saúde dessa população e como co-responsáveis pela saúde dela, estabelecer estratégias para sua normal inclusão nas atividades do PSF, destacando os prostíbulos como pontos de intervenção e programação extra-muro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais. Brasília; 2002.
2. Aquino PS. Comportamento sexual de prostitutas: risco para aquisição de DST? [monografia]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC; 2005.
3. Wikipédia. Enciclopédia livre. 2005; p. 1.[online]. [Acesso em: 2005 set 13]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o.
4. Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. Colomb. Med, 2005 jul/sept; 36(3 supl.2): 65-74.
5. Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de risco de DST e mudanças no comportamento sexual de trabalhadoras do sexo no Município de Manacapuru, do interior do Amazonas, Brasil. J Bras Doenças Sex Transm, 2002; 14(4): 9-12.
6. Alves Filho M. Asas do desejo. Jornal da UNICAMP 2004 out 1; [acesso 2005 abr 18]. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2004/ju269pag12.html
7. Carvalho QCM, Frota MA. Exploração sexual na infância e na adolescência: cotidiano e perspectivas. Rev. RENE, 2005 set/dez; 6(3): 63-70.
8. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. Rev Psicologia: Teoria e prática, 2004 ago; 6(2): 75-87.
9. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para DST entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica, 2004 ago; 16(2): 95-101.
10. Ministério da Saúde (BR). Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília; 2002.
11. Cano MAT, Ferriani MGC, Gomes R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev Latinoam Enfermagem 2000 abr; 8(2): 18-24.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

13. Moreira DM, Fragoso MIJ, Oliveira Júnior AV. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Esporte 2004 fev; 10(1): 16-23.
14. Borges AG, Pires R. Idade da menarca em adolescentes de Londrina - PR. Rev Bras Atividade Física Saúde 2000; 5(3): 5-11.
15. Acetta SG, Abeche AM, Herter LD, D'Agostini C. Ginecologia infanto-puberal: puberdade e menarca, distúrbio menstrual e dismenorréia. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 60-8.
16. Menke CH, Biazús JV, Cavalheiro JA, Rabin, EG, Cericatto R, Bittelbrunn AC et al. Câncer de mama. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 419-36.
17. Rieth F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. Rev Horizonte Antropológico 2002 jun; 8(17): 77-91.
18. Aquino PS, Eduardo KGT, Barbosa RCM, Pinheiro AKB. Reações da adolescente frente à gravidez. Esc Anna Nery Rev de Enf 2005 ago; 9(2): 214-20.
19. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública 2000; 16(1): 77-87.
20. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR). Indicadores demográficos. Brasília; 2007. [online]. [Acesso 2007 set 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
22. Holanda MC, Petterini FC. Saúde no Ceará: a década de 1990. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará; 2004.
23. Ministério da Saúde (BR). Assistência em planejamento familiar - Manual técnico. Brasília; 2002.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria 144 de 20 de Novembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; nº227 de 24 nov 1997.
25. Oliveira MS, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. Rev RENE, 2005 set/dez; 6(3): 23-30.
26. Ministério da Saúde (BR). Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais. Brasília; 2004.
27. Savaris RF. Abortamento. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006.p.70-7.
28. Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BR). Prevenção e controle do câncer e assistência oncológica. Brasília; 2006. [online]. [Acesso 2006 abr 04]. Disponível em: http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_prog/244/prog244.htm.
29. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras Cancerol, 2002 abr/jun; 48(2): 223-30.
30. Lucarini ACBS, Campos, CJG. The search for the accomplishment of the preventive examination of cancer cytology: a qualitative study. Online Braz J Nurs [online] 2007 [acesso 2006 abr 4]; 6(1): 3. Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=913&layout=html.
31. Rivoire WA, Reis R, Monego HI, Appel M, Capp E. Carcinoma invasor do colo uterino. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 321-30.
32. Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BR). Normas e recomendações do INCA. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer de colo de útero. Rev Bras Cancerol, 2002; 48(1): 13-5.
33. Martins TA. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres grávidas: um estudo sobre prevalência e fatores de risco. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2002..
34. Ministério da Saúde (BR). Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília; 2003.p.35.

RECEBIDO: 21/08/2007
ACEITO: 10/12/07

REVISANDO OS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

REVISING PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE NURSING WORK

REVISIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA

Marcela Luísa Manetti[1]
Maria Helena Palucci Marziale[2]
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi[3]

Os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem chamam atenção devido ao aumento dos índices de absenteísmo e adoecimento dos trabalhadores, acarretando prejuízos na qualidade da assistência de saúde prestada. O objetivo do estudo foi identificar os fatores psicossociais presentes no trabalho da enfermagem e verificar as conseqüências acarretadas aos trabalhadores e aos serviços. Trata-se de uma revisão sistematizada da literatura publicada, entre 1995 e 2005, em revistas indexadas em bases nacionais e internacionais. Na análise realizada em 49 artigos foi evidenciado que os fatores psicossociais presentes no trabalho em enfermagem estão relacionados a mudanças e inovações na organização do trabalho, autonomia, clima organizacional, oportunidade de crescimento profissional, gerenciamento, relacionamento interpessoal e violência. As conseqüências da exposição a esses fatores acarretam estresse, baixo nível de satisfação no trabalho, desgaste físico-mental, sofrimento, absenteísmo e rotatividade. Os resultados obtidos neste estudo colaboram para o planejamento e implantação de programas preventivos ao adoecimento ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE: Ambiente de trabalho; Condições de trabalho; Enfermagem; Psicopatologia; Riscos ocupacionais.

The psychosocial aspects on nursing working environment have called attention because of the increasing number of absenteeism and the health problems of nursing professionals, leading to damages on the quality of assistance care. The objective of this research was to identify the psychosocial aspects on nursing working environment and to analyze the consequences that they cause to the workers and services. We deal with a systematized review of a literature from 1995 to 2005, of published researches in index journals on national and international databases. On the studied period 49 articles were published about the psychosocial aspects on nursing working environment focusing on restructuring and innovations in the work organization, autonomy, work climate, professional growth possibility, management style, interpersonal relationship and violence. The consequences of the exposition are stress, low level of job satisfaction, physical-mental distress, suffering, absenteeism and turn over. The results obtained in this study collaborate with planning and implantation of preventive programs to occupational illness.

KEYWORDS: Working environment; Working conditions; Nursing; Psychopathology; Occupational risks.

Los factores psicológicos/sociales del trabajo de enfermería llaman la atención debido al aumento registrado en los índices de ausentismo y enfermedad de los trabajadores, lo que perjudica la calidad de la asistencia de salud ofrecida. El objetivo de este estudio fue identificar los factores psicológicos/sociales presentes en el ambiente de trabajo de enfermería y verificar su repercusión en los trabajadores y en los servicios médicos. Se trata de una revisión sistemática de la literatura publicada entre 1995 y 2005, en revistas catalogadas según datos nacionales e internacionales. Al analizar 49 artículos quedó claro que los factores psicológicos/sociales presentes en el trabajo de enfermería están relacionados con: cambios e innovaciones en la organización del trabajo, autonomía, ambiente institucional, oportunidad de crecimiento profesional, gerencia, relaciones interpersonales y violencia. El hecho de estar expuesto a estos factores ocasiona estrés, insatisfacción laboral, desgaste físico/mental, sufrimiento, absentismo y turno de trabajadores. Los resultados del estudio contribuyen con la planificación e implantación de programas preventivos de enfermedades profesionales.

PALABRAS CLAVE: Ambiente de trabajo; Condiciones de trabajo; Enfermería; Psicopatología; Riesgos laborales.

[1] Enfermeira Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Avenida dos Bandeirantes - 3900, CEP 14040-902, Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil. Telefone: 16-3602-3430. Fax: 16-3633-3271. marcelamanetti@yahoo.com.br

[2] Professor Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP. marziale@eerp.usp.br

[3] Professor Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP. avrmlccr@eerp.usp.br Projeto subsidiado pela CAPES.

INTRODUÇÃO

O trabalho em ambiente hospitalar é considerado dinâmico, estimulante e heterogêneo1; no entanto, reproduz as relações sociais capitalistas, expondo os trabalhadores aos riscos do processo de trabalho, que implicam em acidentes e doenças profissionais e podem ser agravados pelos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relacionados ao trabalho de enfermagem[2-3].

A área hospitalar apresenta uma série de peculiaridades que podem ocasionar riscos à saúde dos trabalhadores. Os riscos ocupacionais têm origem em atividades insalubres e perigosas, cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais do ambiente, podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais[4-5].

O trabalho de enfermagem é caracterizado pelo agrupamento de fatores que podem representar riscos à saúde de seus trabalhadores. O trabalho noturno, a manipulação de produtos químicos, a exposição à radiação ionizante, a sustentação de excesso de peso durante a assistência ao paciente e a longa duração da jornada de trabalho, podem proporcionar danos à saúde física e mental dos trabalhadores e interferir, de forma negativa, na qualidade da assistência prestada[2].

O processo de produção-trabalho, destes profissionais, é representado pelo trabalho manual e não avançado tecnologicamente, inserido em uma organização e divisão que visa à intensificação do ritmo de trabalho, buscando o aumento da produtividade, culminando na prática do exercício parcelado e rotinizado[6].

Portanto, é neste ambiente que o trabalhador de enfermagem executa suas atividades de forma ininterrupta, em turnos alternados, realizando horas extras, com perturbações em seu ritmo biológico, vivenciando condições angustiantes de sofrimento e morte e submetendo-se a riscos ocupacionais variados[7] que lhes causam adoecimento pelo trabalho realizado. As doenças ocupacionais mais freqüentes entre os trabalhadores de enfermagem são: doenças do sistema osteomolecular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema respiratório, doenças do aparelho circulatório, e lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas[8]. No entanto, observam-se atualmente novas formas de adoecimento entre esses profissionais.

Segundo a Comissão da Comunidade Européia[9]

> as enfermidades consideradas como emergentes, como o estresse, a depressão, a ansiedade, em conjunto a enfermidades geradas pela violência no trabalho, o assédio moral e a intimidação, correspondem a 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, dos quais um quarto acarretam em duas ou mais semanas de absenteísmo.

Em estudo realizado entre trabalhadores de enfermagem em instituição hospitalar[10] no Brasil, observou-se elevada incidência de absenteísmo-doença, refletida em 72,6% das faltas de 199 trabalhadores, o que gerou um ou mais dias de ausência, foi equivalente a 1491 dias de trabalho perdidos. Os problemas de saúde estavam relacionados com maior freqüência ao sistema respiratório, geniturinário, órgãos do sentido, sistema digestivo e osteomuscular e ao aparelho reprodutor. Os pesquisadores concluíram que alguns dos problemas apresentados podiam estar relacionados às condições de trabalho, peculiares à categoria e ao ambiente estudado, em decorrência da presença de fatores de risco biológico, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais.

Baseando-se na Classificação Internacional das Doenças décima edição – CID[10], da Organização Mundial da Saúde – OMS[11], o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2001, um manual que apresenta a lista de doenças relacionadas ao trabalho[12], disponibilizando as patologias e suas possíveis associações a agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Em seu décimo capítulo, referente aos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, são observados diversos aspectos psicossocias ocupacionais. Os fatores de risco são enquadrados em duas seções, a seção Z56, definida por problemas relacionados ao emprego e ao desemprego como: desemprego, mudança de emprego, ameaça de perda de emprego, ritmo de trabalho penoso, má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho; e a seção Y96, correspondente às circunstâncias relativas às condições de trabalho. Sendo as patologias relacionadas: alcoolismo crônico, estado de estresse pós-traumático, neurastenia, neurose profissional, transtorno do ciclo vigí-

lia-sono devido a fatores não-orgânicos e a síndrome de burnout ou síndrome do esgotamento profissional[11-12].

Considerando-se as novas formas de adoecimento pelo trabalho, as quais, foram incluídas na lista de doenças ocupacionais, este estudo teve por objeto de investigação buscar evidências na literatura sobre quais são os fatores psicossociais a que estão expostos os profissionais de enfermagem e identificar as conseqüências que estes fatores acarretam aos trabalhadores e serviços, visando chamar a atenção para o problema e fornecer subsídios para a equipe multiprofissional que atua nos Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) planeje estratégias preventivas ao adoecimento dos trabalhadores que atuam em instituições hospitalares.

MÉTODO

Revisão sistematizada da literatura realizada por meio de levantamento retrospectivo das pesquisas publicadas no período de 1995 a 2005.

Após consulta às terminologias em saúde a serem utilizadas na base de descritores em saúde (Decs) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e do United State National Library of Medicine (Mesh), foram selecionados os seguintes descritores: ambiente de trabalho, condições de trabalho, enfermagem, psicopatologia, local de trabalho, riscos ocupacionais, saúde ocupacional, nursing, occupational health, occupational risk, psychossocial factors, psychopathology working environment, working conditions, workplace. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a seleção do material científico encontrado foram utilizados critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir:

Critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais, publicados na íntegra em português, inglês e espanhol, referentes aos aspectos psicossociais do ambiente de trabalho da enfermagem e disponíveis no Brasil ou por via eletrônica (Internet).

Critérios de exclusão: dissertações e teses, artigos científicos apresentados em idiomas diferentes dos inclusos na seleção, com estudo de população ou amostra não correspondente aos profissionais de enfermagem e não disponíveis no Brasil ou por via eletrônica (Internet).

Para registro das informações foi utilizado o protocolo, elaborado pelas autoras, visando a identificação do ano de publicação do artigo, procedência do estudo, sujeitos estudados, objeto da pesquisa, metodologia utilizada, identificação de fatores psicossociais, identificação de danos à saúde dos trabalhadores devido aos fatores psicossociais e conseqüências que acarretam para os trabalhadores e para o serviço. Este auxiliou na análise das informações extraídas das publicações e na categorização dos artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado foram identificados 49 artigos científicos abordando o tema fatores psicossociais e trabalho. Dentre os artigos 20 (40,8%) foram publicados no Brasil e 29 (59,2%) no exterior no período de 1995 a 2005.

As pesquisas foram divididas em nacionais, realizadas no Brasil e internacionais, realizadas em outros países que tiveram como principal origem a Inglaterra 9 (31%), o Canadá 3 (10,4%), a Suécia 3 (10,4%), a Austrália 2 (6,9%) e Taiwan 2 (6,9%). O que demonstra que o tema tem chamado a atenção em diferentes regiões do mundo.

Os estudos analisados foram publicados em periódicos científicos de divulgação nacional e internacional. Entre as revistas brasileiras destacaram-se a Revista Latino-americana de Enfermagem, a Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Gaúcha de Enfermagem. Os estudos de origem internacional foram publicados principalmente no Journal of Advanced Nursing, Journal of Clinical Nursing, Nursing Standard e Nursing Times.

Os sujeitos investigados nos estudos nacionais foram os enfermeiros 9 (45%), os trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem em 9 (45%) e os auxiliares de enfermagem 2 (10%). O enfermeiro foi a categoria estudada em 26 (89,6%) das pesquisas internacionais. Este dado pode ser justificado pela composição da equi-

pe de enfermagem, que no Brasil[1] difere dos outros paises onde os estudos foram realizados. Entretanto, entre as bibliografias selecionadas, não foi verificada disparidades nas conseqüências dos aspectos psicossociais do trabalho na saúde dos profissionais, quando observada a sua categoria profissional, seja enfermeiro ou outro trabalhador da equipe de enfermagem.

Entre as pesquisas brasileiras, 15 (75%), adotaram delineamento metodológico descritivo de corte transversal com uso de abordagens metodológicas quantitativa 07 (35%), quanti-qualitativa 07 (35%) e qualitativa 06 (30%) para tratamento dos dados. Nos estudos internacionais, entretanto, houve a prevalência da abordagem metodológica quantitativa 22 (75,9%) para tratamento dos dados. Contudo, o tipo de estudo predominante usado foi o descritivo de corte transversal 25 (86,2%). Constata-se semelhança na abordagem metodológica usada e no tipo de pesquisa selecionada para os estudos nacionais e internacionais sobre os aspectos psicossociais que envolvem o trabalho de enfermagem.

balho, férias e horas extras, números de funcionários e as reestruturações organizacionais); 2. qualificação e aspectos da carreira (oportunidade de crescimento profissional); 3. relacionados às relações sociais de trabalho (entre os quais se encontra o estilo de gerenciamento, a estrutura hierárquica, a composição da equipe, o apoio social, a autonomia no trabalho, o reconhecimento do trabalho); e 4. violência e a rede de comunicações (violência no trabalho, clima de trabalho e relacionamento interpessoal).

A Tabela 1 ilustra os temas relacionados aos aspectos psicossociais no trabalho de enfermagem incluídos nos estudos analisados.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO A CATEGORIA TEMÁTICA, ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, E A ORIGEM DOS ESTUDOS ANALISADOS NO PERÍODO DE 1995-2005 (N= 18).

Aspectos psicossociais	Nacional		Internacional		Total	
	f	%	f	%	f	%
Reestruturações organizacionais	01	5,5	04	22,4	05	27,3
Autonomia	01	5,5	03	16,5	04	22,4
Clima no trabalho	-	-	02	11,2	02	11,2
Crescimento profissional	-	-	02	11,2	02	11,2
Gerenciamento	-	-	02	11,2	02	11,2
Relacionamento interpessoal	01	5,5	01	5,5	02	11,2
Violência no trabalho	-	-	01	5,5	01	5,5
Total	03	16,5	15	83,5	18	100

Fatores psicossociais identificados

Por meio da análise do objeto focal dos estudos, observou-se que, das 49 pesquisas, 18 (36,8%) retratavam os aspectos psicossociais do ambiente de trabalho da enfermagem e 31 (63,2%), os danos e conseqüências aos trabalhadores e aos serviços em decorrência destes fatores.

Vários foram os aspectos psicossociais do trabalho identificados nas pesquisas analisadas, os quais podem ser subdivididos em: 1. fatores relacionados à organização do trabalho (dentre os quais se observa a divisão de tarefas, o rítmo, as pausas, as jornadas, os horários e turnos de tra-

Dos 49 estudos identificados, 18 (36,8%) abordaram aspectos psicossociais do trabalho, sendo que 27,3% (05) analisaram reestruturações organizacionais, 22,4% (04) a autonomia do trabalho, clima organizacional, gerenciamento, crescimento profissional e relacionamento interpessoal em respectivamente 11,2% (02) cada um desses temas e 5,5% (01) violência no trabalho.

O ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem sofre a influência dos processos de reestruturação ocorridos dentro da estrutura hospitalar[14]. As reestruturações podem ser definidas como as mudanças e inovações implementadas na organização do trabalho, que irão

[1] No Brasil a Enfermagem é divida em três categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo a lei de regulamentação do exercício ocupacional, Lei nº7498/86.[13]

ser influenciadas pelo modo como se dão as relações interpessoais, ou seja, o clima de liderança, a organização formal e a cultura organizacional[15], e como estes processos ocorrem nas instituições, por exemplo, a diminuição de gastos e a redução de mão-de-obra, o que provoca sobrecarga de trabalho ao exigir aumento da produtividade por profissional[16-17]. Observamos que a prática da assistência de enfermagem, muitas vezes, é realizada com número insuficiente de profissionais, o que aumenta o número de clientes e procedimentos a serem realizados e a responsabilidade do trabalhador. Este fato compromete a qualidade da assistência prestada e possibilita o adoecimento ocupacional.

Em contrapartida, a hierarquização, as rotinas inflexíveis, os regulamentos rígidos, a morosidade na execução das atividades, a falta de avaliações constantes, além da imposição das mudanças e inovações e a não participação dos trabalhadores de enfermagem neste processo, desencadeiam angústias, expectativas exageradas, preocupação com a diminuição da mão-de-obra, geram incômodo pela alteração na rotina[15], proporcionando ambiente facilitador ao aumento do cinismo, depressão, ansiedade e exaustão emocional[16-17].

Assim, a dinâmica do trabalho e a rotatividade dos profissionais podem refletir o modo com que os processos de reestruturações são realizados dentro das instituições hospitalares[18]. Observa-se que estes processos apenas são bem sucedidos e aceitos quando há participação e envolvimento de todos os membros da equipe e se estes se sentirem beneficiados pelas mudanças ocorridas[19].

Outro aspecto psicossocial evidenciado na revisão da literatura, nacional e internacional, como potencial estressor no local de trabalho foi a autonomia dos profissionais de enfermagem na execução de suas tarefas. Dentro do contexto histórico das relações de poder e de tomada de decisão, pode se caracterizar a enfermagem como um grupo marginalizado, com uma identidade e cultura de submissão às hierarquias tradicionais, que se restringe pelas limitações colocadas por outros profissionais e por ela mesma[20].

Alguns fatores influenciam no nível de autonomia presente no ambiente de trabalho, entre eles, a segurança quanto ao seu papel profissional é fundamental para que as enfermeiras sintam-se seguras para a tomada de decisão, fato contribuído pela habilidade individual, o conhecimento e o acesso à informação sobre o paciente, o apoio social no ambiente de trabalho, acrescidos da comunicação e do trabalho em equipe. A falta de apoio social caracterizada pela a falta de clareza e de entendimento do papel da enfermagem pelos superiores, ausência de cooperação, a distância e o déficit de competência dos colegas de trabalho são prejudiciais à tomada de decisão[21].

Os baixos níveis de autonomia, o controle limitado e o relacionamento insatisfatório com médicos podem resultar em altos índices de *burnout*[2] e acidentes pérfurocortantes e piores resultados nos tratamentos dos clientes. As vivências de maior controle na assistência e maior autonomia no ambiente hospitalar, têm impacto favorável na saúde das enfermeiras e influência positiva no estabelecimento de um melhor relacionamento interpessoal nos locais de trabalho[22].

Ao analisarmos os aspectos processos de reestruturações e autonomia e, entendendo que, os ambientes de trabalho que promovem boas relações sociais contribuem para a existência de um bom clima no trabalho[23], verifica-se a importância do relacionamento interpessoal e do clima de trabalho para a otimização da execução das tarefas pela enfermagem. Estes fatores foram analisados de acordo com a coesão do grupo laboral, o suporte administrativo, os fatores que interferem no relacionamento e a percepção dos profissionais. Conclui-se assim, que as enfermeiras desejam ser reconhecidas e apoiadas por seus superiores, sentindo-se parte da organização, sendo fundamental um bom clima de trabalho e o apoio dos colegas[24-25].

2 Síndrome de Burnout ou sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional: resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador, antes muito envolvido afetivamente com os seus clientes, pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se "queima" completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil.[12]

Essas adversidades na organização e nas relações sociais do trabalho, ou seja, no modo com que ocorre o processo de trabalho, possibilitam o desequilíbrio na relação saúde-doença, manifestado no nível de satisfação do trabalhador, causando o adoecimento físico e mental dos profissionais de enfermagem.

A Tabela 2 apresenta os temas relacionados às conseqüências aos profissionais e serviços provenientes dos aspectos psicossociais no trabalho de enfermagem e incluídos nos estudos analisados.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO A CATEGORIA TEMÁTICA, CONSEQÜÊNCIAS PARA O TRABALHADOR E SERVIÇO, E A ORIGEM DOS ESTUDOS ANALISADOS NO PERÍODO DE 1995-2005 (N=31).

Conseqüências ao trabalhador/ serviço	Nacional		Internacional		Total	
	f	%	f	%	f	%
Estresse	05	16,1	06	19,4	11	35,5
Satisfação no trabalho	02	6,5	05	16,1	07	22,5
Desgaste físico e/ou mental	04	12,9	-	-	04	12,9
Absenteísmo	03	9,7	-	-	03	9,7
Rotatividade	02	6,5	-	-	02	6,5
Sofrimento psíquico	01	3,2	01	3,2	02	6,5
Problemas alimentares	-	-	01	3,2	01	3,2
Problemas menstruais	-	-	01	3,2	01	3,2
Total	17	54,9	14	45,1	31	100

A categoria temática conseqüência ao trabalhador/ serviço foi abordada por 31 (63,2%) artigos sendo o estresse estudado em 35,5% (11) dos artigos, 22,5% satisfação no trabalho (07), 12,9% desgaste físico/ mental (04) e 9,7% (03) foram os mais freqüentes.

As principais conseqüências retratadas refletem diretamente no trabalhador e sua saúde e, indiretamente, nas instituições empregadoras. Entre elas encontramos o estresse, os níveis de satisfação no trabalho, o desgaste físico e/ou mental e o sofrimento psíquico. As demais conseqüências observadas foram o absenteísmo e a rotatividade de profissionais, aspectos prejudiciais às instituições e à organização e dinâmica do trabalho.

Estudos relacionados ao estresse demonstraram que este afeta a saúde física e mental dos indivíduos e gera preocupação pelos altos custos econômicos à sociedade[26]. Em conjunto com os aspectos psicossociais mencionados anteriormente, outros potenciais estressores relatados pelas enfermeiras são o ambiente físico, o controle e a satisfação no trabalho, a segurança e a estabilidade na carreira[27-28].

As condições e o tipo de trabalho desenvolvido influenciam o desenvolvimento do sofrimento no trabalho entre os profissionais da enfermagem. As condições inadequadas afetam os trabalhadores, determinam o processo de desgaste e prejudicam qualidade da assistência ao cliente[29-30].

Os trabalhadores da saúde em que se incluem os profissionais de enfermagem, quando estressados, apresentam diminuição da produtividade e da precisão com que realizam suas atividades, faltam e adoecem freqüentemente, trabalham tensos e cansados, apresentam ansiedade e depressão, são desmotivados e desatentos, além de possuírem diminuição da realização pessoal[31].

Na Inglaterra, observou-se que, entre enfermeiras que trabalhavam em unidades de emergência, aproximadamente um terço das 35 funcionárias participantes do estudo apresentavam altos níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de recompensas pessoais. Aproximadamente 25% apresentavam algum distúrbio psíquico e uma proporção significativa vivenciou mudanças em sua saúde e bem-estar. Fatores ambientais, como temperatura e iluminação, foram os mais relacionados ao desgaste e à irritação. A coesão entre a equipe e o relacionamento interpessoal apareceram como fontes de estresse, mas também de satisfação entre as profissionais[32].

Outro estudo inglês demonstrou que os estressores tinham um impacto importante na insatisfação no trabalho. O estresse estava associado principalmente com as demandas de trabalho e, particularmente, a falta de comunicação teve influência negativa no quão satisfeita as enfermeiras estavam. Outras variáveis foram o ambiente de trabalho, as pressões de tempo, o crescimento profissional, problemas com clientes no trabalho e com a vida familiar e social. Contudo, estes fatores não causaram

prejuízos ao bem-estar mental dessas enfermeiras, fato este atribuído ao uso de adequadas estratégias de enfrentamento, que aparentemente reduziram os níveis de ansiedade, depressão e da ansiedade somática, resultados freqüentes do estresse[33].

Considerada um construto complexo, a satisfação no trabalho é derivada das atitudes e percepções dos vários elementos do trabalho, podendo ainda ser definida como a reação afetiva aos resultados percebidos e aos desejados no exercício ocupacional. Na enfermagem, algumas das variáveis associadas são a coesão da equipe, as escalas de trabalho, características do perfil profissional, o status profissional, a integração social, salários, benefícios e o estresse no trabalho. A insatisfação entre estes profissionais pode acarretar em rotatividade, adoecimento e o próprio abandono da profissão[34-35].

Os artigos encontrados atribuíam ao processo do trabalho o advento, ou não, da satisfação, sugerindo que intervenções organizacionais implicam positivamente na percepção que a equipe possui sobre o estresse e a satisfação no trabalho[35]. Dentre os fatores no ambiente percebidos pelos profissionais de enfermagem e relacionados à sua satisfação ou insatisfação, observa-se a satisfação geral, o suporte administrativo, a comunicação e colaboração entre os profissionais no desenvolvimento das tarefas, a sobrecarga de trabalho, a pressão no tempo de realização dos cuidados, o poder de tomada de decisão, as regras e rotinas da instituição e o sentimento de valorização profissional[36].

Como desfecho das condições ambientais inadequadas no trabalho da enfermagem verificou-se o absenteísmo e a rotatividade dos profissionais, que quando relacionados à organização do trabalho, podem ser observados como insatisfação, desmotivação e sobrecarga da equipe de enfermagem[10]. Às causas da rotatividade, definidas pelos baixos salários, horários e turnos de trabalho, foram acrescidas reflexões acerca do processo, mercado e força de trabalho[37].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos psicossociais presentes no ambiente de trabalho têm sido tema abordado pelos estudos internacionais, em oposição aos estudos nacionais, que se destinam a estudar as conseqüências e os danos que estes aspectos implicam para a saúde dos trabalhadores de enfermagem e para as instituições hospitalares, também pesquisados internacionalmente. Este fato demonstra o interesse nacional em estudar o efeito causado pelos processos de trabalho inadequados, em detrimento dos aspectos laborais predisponentes a estes efeitos, o que dificulta a elaboração e a implementação de medidas preventivas efetivas que favoreçam a realização do trabalho de enfermagem e que minimizem os prejuízos à saúde do trabalhador e aos hospitais.

O processo de reestruturação nas instituições hospitalares, como mudanças, inovações implementadas nos locais de trabalho e alterações no quadro de funcionários, foram evidenciados nos estudos como fator gerador de estresse, sobrecarga de trabalho e conflitos entre os profissionais de enfermagem. Estes funcionários apresentam insegurança com relação ao futuro profissional manifestado por angústias, preocupações e rotatividade entre os trabalhadores.

A autonomia no trabalho de enfermagem foi relacionada ao controle do trabalhador sobre a atividade a ser executada e ao relacionamento interpessoal entre os profissionais de enfermagem, médicos e chefias, que influenciam no poder e na segurança para a tomada de decisão entre estes trabalhadores. Os estudos demonstraram que estes fatores se relacionavam diretamente a maiores ou menores índices de estresse laboral e satisfação no trabalho.

Outros aspectos psicossociais analisados foram clima organizacional, gerenciamento, possibilidade de crescimento profissional e violência no trabalho, que influenciaram nos níveis de desgaste físico/ mental do trabalhador, no sofrimento psíquico e nas taxas de absenteísmo.

Os estudos analisados trouxeram contribuições significativas para a construção do conhecimento na área de Saúde do Trabalhador, no entanto, o tema merece maior atenção dos pesquisadores devido à complexidade e à influência dos fatores psicossociais nos índices de absenteísmo e rotatividade no trabalho em saúde. Faz-se necessário assim, o aprofundamento do tema pesquisado, buscando-se estabelecer a associação dos aspectos psicossociais, a organização do trabalho e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

Os resultados obtidos neste estudo oferecem subsídios para futuras investigações com vistas a buscar evidências científicas que possam reverter mudanças da

prática profissional de enfermagem e a elaboração e implementação de estratégias que possam minimizar e controlar os fatores psicossociais do trabalho executado nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lima Júnior JHHV. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Rev Adm Empr, 2001; 41(3):20-30.
2. Guedes EM, Mauro MYC. (Re)Visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem. Rev Enferm UERJ, 2001 maio/ago; 9(2):144-51.
3. Santos EM, Araújo TM. Processo de trabalho e saúde dos trabalhadores no hospital universitário Professor Edgar Santos – HUPES. Rev Baiana Saúde Pública. 2003 jul/dez; 27(2):143-54.
4. Barbosa A. Hospitais: fontes de saúde ou de riscos. Rev Saúde Distrito Federal, 1995 jan/jun; 6(1-2):32-6.
5. Mauro MYC, Muzi CD, Guimarães RM, Mauro CCC. Riscos ocupacionais em saúde. Rev Enfermagem UERJ, 2004; 12:338-45.
6. Felli VEA, Kurcgant P. A saúde do trabalhador de enfermagem: um estudo no enfoque do materialismo histórico e dialético. Rev Paul Enfermagem, 2000 set/dez; 19(3):41-8.
7. Robazzi MLCC, Marziale MHP. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. Rev Bras Enfermagem, 1999 jul/set; 52(3):331-8.
8. Tiemi-Murofuse N, Palucci-Marziale MH. Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud em Brasil. Rev Enferm IMSS. 2005; 13(3):133-40.
9. Comisión de las Comunidades Europeas. Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas; 2002.
10. SiIva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Acta Scientiarum Health Sci, 2003; 25(2):191-7.
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
12. Ministério da Saúde(BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.
13. Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo). Legislações: Lei de regulamentação do exercício profissional nº7498/86. São Paulo: COREN-SP; [acesso 2007 jun 20]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/.
14. Segesten K, Lundgren SM, Lindoström S. Versatility: consequence of chaging from mixed to all registered nurse staffing on a surgical ward. J Nurs Manag, 1998; 6(4):223-33.
15. Angelo DAD, Marziale MHP. O processo de mudanças e inovações no ambiente de trabalho: momento de reflexão para os enfermeiros. Rev Baiana Enfermagem, 1998 out; 11(2):24-37.
16. Greenglass ER, Burke RJ. Hospital downsing, individual resources, and occupational stressores im nurses. Anxiety, Stress and Coping, 2000; 13:371-90.
17. Greenglass ER, Burke RJ. Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. Can J Nurs Res, 2001; 33(2):93-108.
18. Haddad MCL. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP, 1998; 32(4):307-13.
19. Bürkle T, Kuch R, Prokosch HU, Dudeck J. Stepwise evaluation of information systems in an University Hospital. Methods Inf Med, 1999; 38:9-15.
20. Coombs, M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. Intensive Crit Care Nurs, 2003; 18:125-35.
21. Kihlgren AL, Fagerberg I, Skovdahl K, Kilgren M. Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. J Clin Nurs, 2003; 12:28-36.
22. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. J Adv Nurs, 2003; 42(3): 260-8.
23. Margall M, Duquette A. El ambiente del entorno de trabajo en un hospital universitário: Percepción de las enfermeras. Enferm Intensiva, 2000; 11(4):161-9.
24. Nichols J. Managemnt styles employed in the adult mental health service. Nurs Times, 2003; 99(9):34-6.

25. Chaboyer W, Najman J, Dunns S. Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses` perceptions in Australian hospitals. J Adv Nurs, 2001; 35(4):526-32.
26. Cooper CL. Introduction. In Theories of organizational stress. Oxford: Oxford University Press;1998. p.1-5.
27. Boey KW, Chan KB, Ko YC, Goh LG, Lim GC. Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. Singapore Med J, 1997; 38(6):256-60.
28. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica, 1999; 6(6): 415-25.
29. Coimbra VCC, Silva EMN, Kantorski LP, Oliveira MM. Saúde mental e o trabalho do enfermeiro. Rev Gaúcha Enfermagem, 2005 abr; 26(1):42-9.
30. Silva VEF, Kurcgant P, Qeuiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Rev Bras Enfermagem, 1998 out/dez; 51(4):603-14.
31. Boller E. Estresse no setor de emergência: possibilidade e limites de novas estratégias gerenciais. Rev Gaúcha Enfermagem, 2003 dez; 24(3):336-45.
32. Helps S. Experiences of stress in accident and emergency nurses. Accid Emerg Nurs, 1997; 5:48-53.
33. Rout UR. Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. J Clin Nurs, 2000; 9:303-9.
34. Fung-Kam L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. J Adv Nurs, 1998; 27:355-63.
35. Shader K, Bromme ME, Bromme CD, West ME, Nash M. Factors influencing Satisfaction and anticipated turnover for nurses in academic medical center. J Nurs Adm,, 2001 apr; 31(4):210-6.
36. Sverisson E, Hummelvoll JK. Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. Nurs Health Sci, 2001; 3:81-90.
37. Anselmi ML, Angerami ELS, Gomes ELR. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. Rev Bras Saúde Ocup, 1997; 23(85/86): 31-9.

RECEBIDO: 10/07/2007
ACEITO: 24/09/07

EMPREGO DO RELAXAMENTO PARA ALÍVIO DA DOR EM ONCOLOGIA

USE OF RELAXATION FOR PAIN RELIEF IN ONCOLOGY

USO DE RELAJACIÓN PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN ONCOLOGÍA

Michele Salvador[1]
Cíntia Capucho Rodrigues[2]
Emília Campos de Carvalho[3]

Teve-se o objetivo de descrever o uso de técnicas de relaxamento e seus benefícios para redução da dor oncológica. Trata-se de revisão de literatura, de 1993 a 2007, usando as palavras-chave: dor, relaxamento, câncer e enfermagem, nas bases Medline, Cinahl e Lilacs. Dos 79 artigos identificados 24 atenderam aos propósitos. Destes, apenas um era nacional; predominantemente de autores enfermeiros, publicados em revistas norte-americanas de enfermagem e distribuídos até 2000; dois deles eram relatos de experiência, um diretrizes, um estudo de caso, 10 revisões de literatura e 10 experimentos. Os autores empregaram as técnicas de relaxamento muscular progressivo, imagem guiada, biofeedback, hipnose e meditação. Tais técnicas reduzem a percepção da dor oncológica, favorecem a diminuição de opióides, náuseas, estresse, insônia e atuam como adjuvante com os medicamentos; a enfermeira tem papel relevante em seu uso para o alívio da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Dor; Técnicas de Relaxamento; Neoplasias; Cuidados de Enfermagem.

This study aimed to describe the use of relaxation techniques and their benefits to reduce cancer pain. It was performed a literature review from 1993 to 2007, using the key words: pain, relaxation, cancer and nursing, in the databases Medline, Cinahl and Lilacs. Seventy-nine articles were identified, 24 of which were selected because they attended the proposed criteria. Only one of them was Brazilian; mainly written by nurses, published in North American nursing journals and distributed up to the year 2000; two of them were experience reports; one presented guidelines; one of them was a case study; ten were literature reviews and ten experiment reports. The authors used progressive muscle relaxation techniques, guided image, biofeedback, hypnosis and meditation. Such techniques reduce the perception of oncologic pain, favor the decrease of opioids, nausea, stress, insomnia and support the medication. It is important to know that nurses play a relevant role in their use for pain relief.

KEYWORDS: Pain; Relaxation techniques; Neoplasms; Nursing care.

La finalidad de este estudio fue describir el uso de técnicas de relajación y sus beneficios para reducción del dolor oncológico. Se trata de una revisión de literatura, de 1993 a 2007, usando las palabras claves: dolor, relajación, cáncer y enfermería, en las bases Medline, Cinahl y Lilacs. De los 79 artículos identificados, 24 de ellos atendieron los propósitos. De estos, sólo uno era nacional; predominantemente de autores enfermeros, publicados en revistas norteamericanas de enfermería y distribuidos hasta el año 2000; dos de ellos eran relatos de experiencia, uno de directrices, un estudio de caso, 10 revisiones de literatura y 10 ensayos. Los autores emplearon las técnicas de relajación muscular progresiva, imagen guiada, biofeedback, hipnosis y meditación. Tales técnicas reducen la percepción del dolor oncológico, favorecen la disminución de narcóticos, náuseas, estrés, insomnio y actúan como auxiliar con los medicamentos; la enfermera ocupa papel relevante en su uso para aliviar el dolor.

PALABRAS CLAVE: Dolor; Técnicas de relajación; Neoplasias; Atención de Enfermería.

[1] Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; Especialista em Enfermagem Clínico-Cirúrgica- Área Hematologia pela EERP-USP. Bolsista Apoio Técnico, CNPQ. E-mail: salva@bol.com.br

[2] Enfermeira, membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação da EERP-USP. E-mail: cr.cintia@gmail.com

[3] Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - USP. E-mail: ecdcava@usp.br

INTRODUÇÃO

A dor, resposta de inúmeras alterações de saúde, geralmente acomete cerca de 50% dos indivíduos com diagnóstico de câncer, elevando-se para até 70% nos casos mais avançados. Sua ocorrência é um sinal de alerta, podendo favorecer o diagnóstico da causa ou da progressão da doença; envolve mecanismos complexos fisiológicos e psicológicos que freqüentemente necessitam da combinação de intervenções clínicas e psicológicas para sua resolução[1].

É um desafio para médicos e enfermeiros que lidam com pacientes portadores de doenças oncológicas, o que torna essencial que tais profissionais mantenham-se atualizados sobre os métodos de controle da dor.

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo próximo ao paciente; assim, tem responsabilidades no manejo da dor dos doentes com câncer, proporcionando alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida. Neste sentido, ao avaliar corretamente a presença de dor nestes pacientes, deve considerar os diferentes instrumentos disponíveis, lembrando que a sua escolha depende da condição física, da idade e da condição de comunicação que o paciente apresenta. Também deve ser objeto de sua avaliação o uso, pelo paciente, de drogas, suas dosagens e efeitos anteriores sobre a dor, bem como os efeitos de outras intervenções.

Diante dos efeitos adversos das drogas que ajudam a aliviar a dor oncológica, esquemas não-farmacológicos também podem ser utilizados desempenhando um importante papel para o seu alívio, conforto do paciente e mesmo redução do emprego de opióides. Essas ações, usualmente empregadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico, são realizadas principalmente pela equipe de enfermagem apta para esse fim e incluem: massagens terapêuticas, uso de compressas quentes ou frias, relaxamento, musicoterapia, hipnose, evocação de imagens mentais, distração, entre outros.

Dentre as técnicas não farmacológicas de intervenção para a dor se destacam a estimulação cutânea (estimulação elétrica, massagem/ pressão, vibração, uso do frio / calor) e as técnicas comportamentais cognitivas (distração e relaxamento)[2].

Existem vários conceitos sobre relaxamento. Considera-se que o relaxamento é uma técnica acessível a todos e auxilia a curar a mente e o corpo, sendo que para cada tipo de problema ou necessidade que a pessoa tenha, deve-se usar um tipo diferente de relaxamento[3]. Os seus efeitos em nosso organismo podem ser facilmente compreendidos se considerarmos que há redução na atividade do sistema nervoso autônomo, responsável pelo controle das funções viscerais e homeostáticas essenciais à vida. O relaxamento é o que se opõe ao estresse, reforça a homeostase, diminui a angústia e a emotividade e, consequentemente, leva à unificação dos elementos do organismo[4].

O relaxamento é determinado muito mais pela ausência ou redução da ansiedade e pelas respostas fisiológicas do organismo do que por critérios mensuráveis; ainda, o relaxamento pode reduzir a dor, bem como reduzir tensões, ansiedade, prover energia, promover o sono, diminuir a freqüência cardíaca, diminuir pressão arterial, entre outras respostas[5].

Ocorrem três tipos de manifestações durante o relaxamento: Fisiológicas – diminuição do pulso e pressão arterial e da respiração; atividade elétrica cerebral "alfa"; diminuição do consumo de oxigênio e diminuição de dióxido de carbono (produzido e eliminado); diminuição da tensão muscular; diminuição do metabolismo; constrição da pupila; vasodilatação periférica; elevação da temperatura periférica; controle da homeostase do corpo; diminuição à resposta do estresse e recuperação rápida de estresse. Cognitivas – estado alterado da consciência, concentração aumentada; receptividade à sugestão positiva; percepção do "locus" de controle interno, existindo assim dentro de si mesmo. Comportamentais – inexistência de interação verbal; incapacidade de mudança voluntária de posição; facilidade à movimentação passiva e despreocupação com estímulos ambientais[6].

O relaxamento, juntamente com a imagem guiada e a técnica de enfrentamento, diminui a percepção de dor[7]. Em revisão, no período de 1979 a 2000, para examinar os efeitos da intervenção comportamental como controle para o alivio da dor oncológica foi observado[8] o emprego de técnicas de relaxamento, hipnose e distração. Embora tenha sido identificado, em 12 estudos, a redução da dor, esse achado foi considerado limitado, pois dor é um evento prolongado e os autores dos trabalhos aplicaram as técnicas somente durante o desenvolvimento dos mesmos, não

havendo uma continuidade ou longo período de observação. A hipnose, envolvendo o relaxamento, diminui a percepção de dor e as técnicas utilizadas, combinadas, favorecem a terapêutica da mesma.

O relaxamento muscular progressivo, técnica desenvolvida por Jacobson[9], ensina a reconhecer a diferença entre tensão e relaxamento. Estudo em nosso meio, empregando o relaxamento muscular progressivo, mostrou ser essa técnica efetiva para alívio da dor crônica de pacientes adultos[10].

Emprego do relaxamento, em pacientes adultos ou em crianças, para alivio de outros sintomas relacionados ao câncer, é amplamente observado na literatura[11-14].

Considerando que situações estressoras, tanto internas do indivíduo como oriundas de eventos externos, podem promover reações físicas ou psicológicas como a dor, com conseqüências negativas, e que há possibilidade de se intervir nesse processo para modificá-lo, buscou-se identificar o efeito da técnica de relaxamento nessas situações. Justifica-se tal interesse por ser essa uma estratégia com baixo custo para seu emprego, passível de ser utilizada por deliberação do profissional enfermeiro e ser viável na assistência a pacientes com dor oncológica.

Objetivo

Descrever o uso das técnicas de relaxamento e o seu beneficio como método não-farmacológico no controle da dor oncológica.

Metodologia

Trata-se de revisão de literatura, a qual retrata uma análise qualitativa, isto é os artigos estão sumarizados, mas não combinados estatisticamente[15].

Foi realizada busca bibliográfica no período de 1993 a 2007, dos artigos publicados em língua inglesa, espanhola ou portuguesa, nas bases de dados PUBMED, CINAHL e BVS, utilizando as palavras-chave relaxamento, dor, câncer e enfermagem. Foram identificados 79 artigos sendo 41 artigos na base de dados PUBMED, 24 na base CINAHL e 14 na base BVS.

Dos títulos examinados, 25 estavam citados em diferentes bases; e 8 não atendiam ao critério de inclusão. Portanto, foram identificados preliminarmente para análise de resumo 46 artigos. Destes, 17 não apresentavam resumos ou os textos para a pré-análise, não se reportavam à dor oncológica ou não estavam direcionados a pacientes como sujeitos do estudo. Ainda, um era uma tese e não dispunha de artigo publicado e outra citação tratava de guidelines para dor em geral. Após leitura dos resumos, foram considerados elegíveis 29 artigos, sendo a busca efetuada on line e no acervo da Biblioteca Central de Ribeirão Preto da USP.

Destes, foram obtidos 24 artigos na íntegra. A seguir, foi realizada a leitura minuciosa de cada um destes textos selecionados. A análise, pelas pesquisadoras, considerou o tipo de publicação, autores, a classificação dos artigos, as técnicas utilizadas e os benefícios destas técnicas.

Da amostra, 30% dos artigos foram re-analisados, por outra autora, para verificação de confiabilidade da categorização dos dados. Os resultados mostraram-se plenamente concordantes.

Resultados

Os 24 artigos analisados, no período de 1993 a 2007, podem ser visualizados no gráfico que demonstra a distribuição variada ao longo do período, a maioria até o ano 2000.
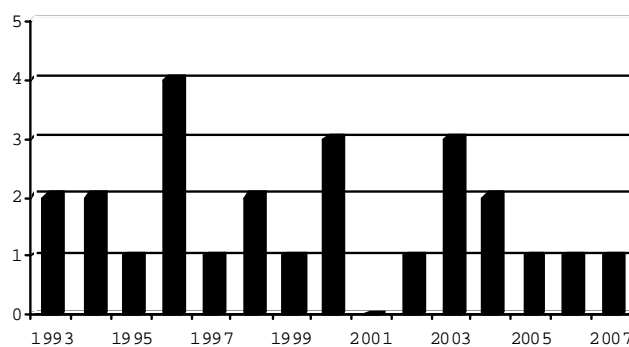
FIGURA 1– DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS, SEGUNDO O ANO DE PUBLICAÇÃO. RIBEIRÃO PRETO, 2007

Quanto à origem, apenas um artigo trata-se de publicação nacional. A maioria dos artigos internacionais, disponibilizados, estão em revistas norte-americanas, o que pode sugerir maior interesse no emprego desse tipo de técnica (cognitivo-comportamental) para o alívio de dor, por profissionais desse país. Acredita-se que, em nosso meio, com o crescimento de estudos de intervenção e do uso de

estratégias complementares na assistência de enfermagem, esse quadro se reverta em breve.

Quanto à área da publicação, a maioria consta em periódicos de enfermagem. Ressaltamos a importância desses estudos para a área da enfermagem, já que é uma intervenção não invasiva, pertinente para o alívio da dor, para a qual a enfermeiro tem competência legal de aplicabilidade; por outro lado, o interesse médico nesses estudos pode se dar como técnicas adjuvantes ao tratamento medicamentoso.

Em relação ao tipo de estudo, foram observados dois relatos de experiências, um estudo de caso, uma diretriz de comitê de especialista, 10 revisões de literatura e 10 experimentos (estudo piloto, quase-experimento e estudo randomizado). Chama atenção o fato de 41,6% serem estudos com modelos experimentais, ou seja, com intervenção, demonstrando um investimento em pesquisas e 41,6% serem estudos de revisão, dos quais, quatro são sistemáticas, duas com estudos randomizados. Apreende-se ter essa área um corpo de conhecimento suficiente para recomendar o uso da estratégia de relaxamento para dor em situação de câncer. Estes estudos, agrupados respeitando-se o delineamento metodológico[16, 17] de cada artigo, estão detalhados a seguir.

Relato de Experiência

Duprey[18] relata sua experiência com uma paciente adulta, em fase terminal, com dor severa secundária a metástase em medula espinhal; após tentativas de redução da dor, com fármacos, sem resultados positivos, descreve que utilizou o relaxamento por imagem, a partir da citação da paciente de um local em montanha que lhe era familiar e agradável. O resultado satisfatório foi obtido, tendo favorecido o efeito da droga e a paciente dormido, com expressão suave e tranqüila.

Synder[19] comenta o emprego do toque terapêutico como intervenção capaz de ajudar pacientes com câncer avançado, em fase terminal, dentre outros aspectos, na redução de dor e da ansiedade, independentemente de seu uso com outros métodos. Ao comentar sua experiência na aprendizagem e uso dessa técnica destaca que o profissional é também beneficiado com seu emprego, pois ao dar energia também a recebe, o que o fortalece.

Estudo de Caso

Rancour[20] destaca o uso da técnica guiada por imagem, que pode ser amplamente empregada na assistência ao portador de câncer. Descreve sua aplicação a uma paciente adulta, com leucemia, fase ativa, auxiliando-a a redirecionar sua energia para identificar o significado da experiência da doença.

Diretrizes

Estudo realizado com um painel de especialistas, de áreas diferentes, apoiados em análise de artigos publicados, resultou no consenso sobre interação de abordagens comportamentais e relaxamento para tratamento de dor e insônia. Os peritos consideraram que a literatura apresenta forte evidência quanto ao uso da técnica de relaxamento para redução de dor crônica em diversas situações clínicas, bem como forte evidência para o uso de hipnose para o alívio de dor associada ao câncer. Contudo, a evidência foi moderada quanto à eficácia das técnicas cognitivo-comportamental e de biofeedback para reduzir dor crônica[21].

Revisão de Literatura

Caudell[22], por meio de uma revisão, observou que intervenções comportamentais como relaxamento ativo, guiado por imagem, distração cognitiva e toque terapêutico reduzem dor, ansiedade e efeitos colaterais da terapia antineoplásica, ao mesmo tempo que elevam funções imunológicas de pacientes com leucemia. Técnicas de relaxamento, usadas sozinhas ou associadas às guiadas por imagem, coping e educação podem reduzir estresse em qualquer fase do tratamento. Na fase pré-tratamento, o encorajamento e o ensino são recomendados; na fase de tratamento as técnicas comportamentais são muito eficazes para reduzir ou eliminar náuseas, distúrbios de sono e estresse emocional; no pós-tratamento os pacientes geralmente necessitam de suporte para ajustar-se aos papéis familiares e trabalho. O autor considerou, ainda, que programas de longa duração, contribuem mais, porém são mais difíceis de serem implantados; já o relaxamento é mais simples, de menor custo, de fácil emprego e rápido.

Recomenda às enfermeiras que incorporem, em sua prática, essa modalidade, que é facilmente aprendida, para auxiliar a redução de sintomas fisiológicos e de estressores em pacientes com leucemia. Dada a complexidade de fatores envolvidos, uma abordagem individualizada necessita tratamentos apropriados a cada paciente.

Ryan[23], em revisão dos aspectos emocionais relacionados ao câncer de pulmão em mulheres, identificou que estratégias comportamentais têm sido úteis tanto para pacientes como para seus familiares. O relaxamento, como intervenção comportamental, congrega diferentes métodos: treinamento autogênico, Reeducação Postural Global (RPG), biofeedback, meditação, imagem, hipnose e prece. Outras modalidades úteis para redução de estresse como distração (mudança de foco do assunto), músicas, exercícios, nutrição saudável e humor, também são apontadas. Em especial sobre dor em câncer, relata que o relaxamento, assim como a hipnose e terapias cognitivas, tem se mostrado útil para sua redução, embora os considere como intervenções complementares e que não se deve prescindir das farmacológicas.

Wallace[24] propôs, a partir de revisão de estudos controlados, realizados com adultos, divulgados entre 1982 a 1995, utilizando técnicas de relaxamento muscular progressivo e imagem guiada, que estas devem ser empregadas como intervenções adjuvantes ao tratamento da dor oncológica. Considera a amostra de seu estudo pequena, mas significativa, pois há evidência de que o uso de relaxamento e imagem guiada produz um efeito positivo na diminuição da experiência da dor oncológica. Ressalta também que essas técnicas podem ser utilizadas por enfermeiras para o alívio da dor, e que estudos experimentais nessa área são necessários.

Carrol e Seers[25] apresentam em sua revisão nove estudos randomizados, envolvendo 414 pacientes. Desses, dois eram de portadores de doenças oncológicas, com uso de técnica de relaxamento muscular progressivo, imagem guiada e relaxamento livre (toque). Concluíram nessa revisão que há uma pequena evidência da eficácia do uso do relaxamento para alívio da dor crônica. Os estudos mostraram resultados diferentes entre o pré e pós-teste, mas somente três deles apresentaram diferença a favor do relaxamento em comparação com tratamentos empregados nos grupos controle (uso de medicamentos).

Anderson[26] destaca, para administrar os estados de dor, a necessidade de se iniciar pela avaliação do nível, da causa e do tipo da experiência de dor no paciente. Descreve os diferentes tipos de fármacos, vantagens e custo de cada um, bem como, as diferentes terapias não farmacológicas (magnéticas, hipnose, imagem e relaxamento, exercícios, acupuntura). Considera que empregar medicamentos para controlar a dor e técnicas não farmacológicas é função do enfermeiro, tanto no cenário hospitalar como no lar.

Por sua vez, Van Fleet[27] considera que o relaxamento e a imagem guiada são técnicas que deveriam ser incluídas como cuidados básicos na enfermagem, principalmente para enfermeiras que trabalham com pacientes oncológicos; também menciona que essa terapêutica deve ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Devine[28] teve como objetivo identificar, por meio de uma revisão, o efeito da intervenção psico-educacional em adultos com dor oncológica. Analisou 25 artigos (1978 a 2001), sendo que o efeito positivo foi identificado em 21 deles. Estes utilizaram as técnicas de relaxamento (relaxamento apenas ou com imagem guiada, musicoterapia ou hipnose) em seis estudos, tendo efeitos positivos em dor leve a moderada. Em seis outros, foram utilizadas técnicas de educação ao paciente, observando um efeito pequeno a moderado quanto ao alívio da dor. O estudo concluiu que existe uma forte evidência do uso de relaxamento como intervenção comportamental cognitiva adjuvante.

Bonadonna[29] apresenta uma breve consideração histórica do surgimento da meditação, de suas bases conceituais e de seu emprego em doenças crônicas; destaca os efeitos clínicos do uso da meditação em pesquisas, nas quais se observou redução de diversos sintomas, incluindo a dor. Desta revisão, cita dois estudos que obtiveram resultados satisfatórios para alivio de dor; e destaca o uso da meditação como estratégia tanto na prevenção primária, secundária quanto terciária; menciona, ainda, o seu fácil aprendizado estimulando o uso tanto por profissionais como a aplicação pelo próprio paciente. Estimula o desenvolvimento de pesquisas, empregando essa estratégia, dado a necessidade de se conhecer os processos que estão envolvidos na meditação e no seu emprego na prática profissional.

Burden, Herron-Marx, Clifford[30], dentre as terapias complementares em cuidados paliativos, dão destaque aos

conceitos que sustentam a energia empregada na terapia reiki como procedimento indicado na assistência a pessoas e, ainda, os aspectos que a compõem. Consideram como um desafio para a enfermagem preparar-se para o seu emprego na prática clínica.

Rheingans[31], em revisão sistemática em publicações de 2006 sobre uso das terapias não farmacológicas na administração dos sintomas em crianças com câncer, identificou diversas terapias: hipnose (n = 14); distração (n = 11); terapia comportamental cognitiva (n = 8); relaxamento (n = 6); imagem (n = 4); respiração, musicoterapia, jogos e auto-hipnose (n = 2 cada); acupuntura, arte-terapia, coping, handholding, humor e toque terapêutico (n = 1 cada). Especificamente em situações de dor, durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, quase a totalidade dos estudos relatavam a redução de dor com o emprego dessas técnicas, embora alguns tenham apresentado necessidade de se ampliar a duração da técnica ou manifestaram a continuação da percepção de estresse. Igual resultado foi observado pelo autor em um estudo no qual as crianças continuavam a referir dor mesmo com o emprego da técnica de hipnose.

Experimentos

Ferrell-Torry e Glick[32] buscaram examinar os efeitos da massagem terapêutica na percepção de dor, ansiedade e nível de relaxamento em pacientes hospitalizados com dor oncológica. Concluíram que houve diminuição da dor em 60% dos pacientes, diminuição da ansiedade em 24% e sensação de relaxamento em 58%. Observaram a diminuição da freqüência respiratória, freqüência cardíaca e pressão arterial. Contudo, houve limitações nos resultados, pois os pacientes tinham sido medicados anteriormente com analgésicos e antieméticos. Sugerem a realização de investigação com mulheres, o aumento da amostra e a realização com portadores de dor crônica e aguda.

Arathuzik[33] analisou 24 pacientes com câncer de mama, com o objetivo de examinar o efeito da combinação de intervenções de enfermagem cognitivo-comportamentais para o controle da dor oncológica. Conclui que apesar da amostra ser pequena e feminina, a combinação das técnicas cognitivo-comportamentais contribui na capacidade de diminuir a dor, sendo que o alívio é maior quando as técnicas são usadas junto com as medicações. Ressalta a importância da habilidade de enfermeiros na utilização dessas técnicas e sugere mais estudos com pacientes do sexo masculino.

O estudo de Sloman[1] teve como objetivo investigar a eficácia das técnicas de relaxamento muscular progressivo e imagem guiada como uma intervenção de enfermagem para o manejo da dor, em pacientes adultos oncológicos (n= 67). Houve a confirmação da hipótese, isto é que o uso da técnica de relaxamento muscular progressivo promove a redução da dor. O relaxamento e o uso da imagem guiada feita por enfermeiras presencialmente ou com o uso de gravações (audiotapes) apresentaram pouca diferença; neste caso, a vantagem foi que a enfermeira pode deixar ligado um sistema de som para o paciente executar os procedimentos, após treinamento, e fazer outros deveres. Conforme ressalta o autor, pode ter ocorrido a influência do uso de medicações, mas houve, segundo os dados, diminuição nas doses de morfina prescritas e diminuição no uso de opióides.

Francke et al[34] realizaram um estudo intervencionista com 106 enfermeiros, cujo objetivo foi investigar a eficácia do programa de educação continuada para o manejo de pacientes com dor. Foi construído um programa de intervenções usando técnicas de relaxamento, distração e massagens, sendo avaliada e comprovada a eficácia das intervenções estabelecidas.

Giasson, Bouchard[35] apresentam o toque terapêutico (TT) como estratégia já utilizada em diversos estudos e que evidencia resultados sobre a dor, desconforto e ansiedade. Frente a isso, desenvolveram um estudo buscando verificar o efeito do uso de toque terapêutico realizado como cuidado paliativo em um grupo de pacientes em estado terminal de câncer, quando comparado a um grupo controle que permanecia em repouso. Por meio de uma escala analógica para mensuração de bem-estar, foi identificado o resultado de três sessões, de 15 a 20 minutos cada, sobre efeitos colaterais, incluindo a dor. Os dados apontaram que os pacientes que foram submetidos ao TT apresentaram resultados estatisticamente diferentes, havendo melhora do bem-estar.

Grealish, Lomansney, Whitemanl[36] tiveram como objetivo investigar o efeito terapêutico de massagens nos

pés como terapia complementar à dor, náusea e nível de relaxamento. A massagem foi vista como uma terapia complementar que induz o relaxamento muscular, por isso sua eficácia no alívio da dor, diminuindo a tensão muscular. Houve efeitos imediatos na diminuição da percepção da dor e náuseas.

Christensen, Fatchett[37] observaram o efeito de treinamento de pais de crianças com câncer, para o uso de relaxamento e distração, durante o tratamento com procedimentos invasivos (infusões, aspirações de medula). Consideraram que as crianças podem modular sua dor usando a distração e relaxamento e que os pais são motivados a auxiliar as crianças a reduzir a percepção de dor durante tais procedimentos, além de serem hábeis em usar tais técnicas, inclusive na presença de profissionais de saúde. Tais procedimentos, associados aos demais adotados, podem elevar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o custo da assistência.

Sá, Silva[38] consideram que o toque terapêutico contribui para a re-padronização da energia, promoção do relaxamento, redução da ansiedade, controle da dor, dentre outros efeitos. Verificaram a contribuição de seu uso sobre os efeitos colaterais da quimioterapia, em 60 mulheres submetidas a tratamento de câncer de mama. Os resultados evidenciaram redução, estatisticamente significante, comparando-se o grupo controle e o experimental, em nove efeitos colaterais, incluindo-se a dor abdominal. As autoras concluíram que essa intervenção é uma importante estratégia assistencial a ser empregada pela enfermagem para elevar a qualidade de vida dessa clientela, bem como recomendam que outros estudos com rigor científico devem ser desenvolvidos para se aprofundar e esclarecer ainda mais os procedimentos de toque terapêutico, sobretudo com testes clínicos.

Rosenbaum, et al[39] relatam os resultados da utilização de um programa de 9 semanas de duração, durante o qual empregaram diferentes estratégias a 398 pacientes com câncer e seus familiares, para manejo de efeitos colaterais do tratamento ou eventos decorrentes da doença, incluindo a dor. Mostraram-se satisfatórias as técnicas de quigong ou re-equilíbrio energético e de yoga para a redução de dor. Embora reconheçam limitações no estudo os autores recomendam o emprego de estratégias que estimulem o bem-estar dos pacientes, como programas similares ao exposto.

Andersen et al[40] avaliaram o efeito em 54 pacientes adultos em terapia oncológica, de uma intervenção, composta de atividade física, relaxamento e massagem, durante 6 semanas, sobre 12 diferentes efeitos colaterais de quimioterapia registrados diariamente. Em relação à dor muscular, artralgia e outros tipos de dores, houve mudança estatisticamente significante, com redução dos escores, identificados por meio de uma escala, que pode ser atribuída ao conjunto de atividades do programa proposto. Esta redução foi similar à obtida em estudos realizados por outros autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo evidenciam que há interesse de enfermeiros em reduzir a dor em oncologia, utilizando a técnica de relaxamento como intervenção. Dos artigos analisados, a maioria apresenta enfermeiros norte-americanos como autores, indicando a necessidade de desenvolvimento e divulgação de estudos nacionais.

O objetivo deste estudo foi alcançado, sendo possível identificar evidências do emprego de técnicas não farmacológicas, em especial a de relaxamento, para o alívio da dor.

Cabe lembrar que a combinação de técnicas de relaxamento com outras estratégias não farmacológicas mostrou-se mais eficaz; tais técnicas favorecem a diminuição do uso de opióides e complementam a terapia medicamentosa; além de propiciarem alívio da dor, atuam também reduzindo ansiedade, náuseas, estresse e insônia.

Concordamos com os achados da literatura examinada que recomendam aos enfermeiros que, dentre as diversas técnicas de relaxamento, cabe a eles selecionarem a mais adequada ao paciente respeitando a individualidade de cada um, seus valores, preferências e necessidades; devem ainda conhecer a técnica empregada, adaptando-a de acordo com a necessidade do paciente e os recursos disponíveis.

Embora apenas um artigo de autor nacional tenha sido observado no presente estudo, cabe lembrar que o uso do relaxamento para alívio da dor em portadores de doenças

oncológicas deve ser objeto da prática de enfermagem, em nosso meio. Essa estratégia tem apresentado crescente interesse também em outras áreas além da oncologia, tendo inclusive sido regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem[41], em sua resolução 197/97 (19/03/97), que reconhece as terapias alternativas, dentre elas o relaxamento, como especialidade ou qualificação do enfermeiro.

O reconhecimento do beneficio das técnicas de relaxamento como método não-farmacológico no controle da dor em oncologia reforça a sua indicação para a prática de enfermagem, destacando-se, ainda, seu baixo custo, rapidez de aplicação e facilidade de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Sloman R. Relaxation and the relief of cancer pain. Nurs Clin North Am 1995 Dec; 30(4):697-709.
2. Macklin-Mace EA. Pain management – ONF – 02-59I: independent study – an overview. ISNA Bull 2004; 30(20):18-25.
3. Lipp MN. Relaxamento para todos: controle o seu stress. Campinas: Papirus; 1997.
4. Auriol B. Introdução aos métodos de relaxamento. São Paulo: Manole; 1995.
5. Titlebaum HM. Relaxation. Holistic Nurs Pract 1988; 2(3):17-25.
6. Dimotto JW. Using relaxation techniques. Am J Nurs 1984; 7:754-8.
7. Syrala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. Pain 1995 Nov; 63(2):189-98.
8. Redd WH, Montgomery GH, Duamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. J Natl Cancer Inst 2001 Jun; 93(11):810-23.
9. Jacobson E. Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. Chicago; 1974.
10. Paula, AAD, Carvalho, EC, Santos CB. The use of the "progressive muscle relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. Rev Latinoam Enfermagem 2002 Oct; 10(5):654-9.
11. Eastmam P. Panel endorses behavioral therapy for cancer pain. J Natl Cancer Inst 1995 Nov; 87(22):166-7.
12. Ellem S, Burrows GD. The use of alternative therapies by children with cancer. Med J Aust 1994 Jul 18;161(2):170-1.
13. Williams PD, Schmideskamp J, Ridder EL, Willians AR. Symptom monitoring and dependent care during cancer treatment in children. Cancer Nurs 2006 may-jun; 29(3): 188-97.
14. Carvalho EC, Martins FTM, Santos CB. A pilot study of a relaxation technique for a management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Cancer Nurs 2007 Mar-Apr; 30(2):163 -7.
15. Lau J, Joannidis J, Schimidt CH. Quantitative syntheses in systematic reviews. In: Mulrow C, Cook DJ, editors. Systhematic reviews: synthesis of best evidence for health care decisions. Philadelphia: American College of Physicians; 1998. p. 91-102.
16. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica- uma abordagem epidemiológica. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Duprey S. Mrs Nelson's Cabin . Nursing 1993 Aug; 23(8):104.
19. Synder, JR. Therapeutic touch in hospice care. Am J Nurs 1999 Apr; 99(4):46.
20. Rancour P. Interactive guided imagery with oncology patients. J Holistic Nurs 1994 Jun; 12(2):148-54.
21. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. JAMA 1996; 276:313-8.
22. Caudell KA. Psychoneuroimmunology and innovate behavioral interventions in patients with leukemia. Oncol Nurs Forum 1996 Apr; 23(3):493-502.
23. Ryan LS. Psychosocial issues and lung cancer: a behavioral approach. Semin Oncol Nurs 1996 Nov; 12(4):318-23.
24. Wallace KG. Analysis of recent literature concerning relaxation and imagery interventions for cancer pain. Cancer Nurs 1997 Apr; 20(2):79-87.

25. Carrol D, Seers K. Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. J Adv Nurs 1998 Mar; 27(3):476-87.
26. Anderson C. What's new in pain management? Home Healthc Nurse 2000 Nov-Dec; 18(10):648-59.
27. Van Fleet S. Relaxation and imagery for symptom management: improving patient assessment and individualizing treatment. Oncol Nurs Forum 2000 Apr; 27(3):501-10.
28. Devine EC. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. Oncol Nurs Forum 2003 Jan-Fev; 30(1):75-89.
29. Bonadonna R. Meditation's impact on chronic illness. Holist Nurs Pract 2003 Nov-Dec; 17(6):309-11.
30. Burden B, Herron-Marx S, Clifford C. The increasing use of reiki as a complementary therapy in a specialist palliative care. Int J Palliat Nurs 2005; 11(5):248-53.
31. Rheingans JI A systematic review of nonpharmacologic adjunctive therapies for symptom management in children with cancer. J Pediatr Oncol Nurs 2007; 24(2):81-94.
32. Ferrel-Torry AT, Glick O. J. The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. Cancer Nurs 1993 Apr; 16(2):93-101.
33. Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. Cancer Nurs 1994 Jun;17(3):207-14.
34. Francke AL, Luiken JB, Garssen B, Abu-Saad HH, Grypdonck M. Effects of a pain programme on nurses' psychosocial, physical and relaxation interventions. Patient Educ Couns 1996 Jul; 28(2):221-30.
35. Giasson M, Bouchard L. Effects of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. J Holist Nurs 1998 Sept; 16(3):383-98.
36. Grealish HL, Lomasney A, Whiteman B. Foot massage. Cancer Nurs 2000 Jun; 23(3):237-43.
37. Christensen J, Fatchett D. Promoting parental use of distraction and relaxation in pediatric oncology patients during invasive procedures. J Pediatr Oncol Nurs 2002 July-Aug; 19(4):127-32.
38. Sá A, Silva MJP. Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico. Mundo da Saúde 2003 abr-jun; 27(2):258-69.
39. Rosenbaum E, Gautier H, Fobair P, Néri E, Festa B, Hawn M, et al. Cancer supportive care, improving the quality of life for cancer patients-A program evaluation report. Support Care Cancer 2004; 12(5):293-301.
40. Andersen C, Adamsen L, Moeller T, Midtgaard J, Quist M, Tveteraas A et al. The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy-The use of semi-structured diaries. Eur J Oncol Nurs 2006 Sept; 10(4):247-62.
41. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. [Acessdo 2007 Jul 22]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005.

RECEBIDO: 25/07/2007
ACEITO: 10/12/07

ENFERMAGEM NA ATENÇÃO SISTEMÁTICA DE SAÚDE À FAMÍLIA DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

NURSING IN THE HEALTH SISTEMATIC ATTENTION TO THE FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL BREAKDOWN: BIBLIOGRAPHICAL STUDY

LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN SISTEMÁTICA DE SALUD A LA FAMILIA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO

MARIA SALETE BESSA JORGE[1]
CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS[2]
PRISCILLA MESQUITA LUZ[3]
LAURA MARTINS MENDES CAVALEIRO[3]
RACHEL FRANKLIN DA COSTA[3]

O estudo analisa a produção científica da atuação de enfermagem na atenção sistemática às famílias de pessoas com transtorno mental mediante análise de periódicos científicos indexados e publicados em bibliotecas universitárias, no sistema de banco de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO no período de 2000 a 2005. A pesquisa é de natureza bibliográfica baseada nos pressupostos da análise de Pimentel, a qual considera o levantamento do material, análise de conteúdo com elaboração de temáticas buscando realizar contrapontos entre os diversos autores. Os resultados demonstraram o aumento do número de pesquisas que abordam a participação da família no cuidado terapêutico da pessoa com transtorno mental severo, enfatizam condutas e percepções das famílias e dos profissionais acerca do tratamento e alertam para a promoção da inserção social da família, compreensão das necessidades e promoção da participação da família nos problemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Família; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica.

The study analysis the scientific production of nursing performance in systematic attention to families of people with mental breakdown through scientific periodic index and published in university libraries, in the MEDLINE, LILACS and SCIELO data bank system within the period of 2000 to 2005. The research has bibliographic nature based upon the assumptions of Pimentel's analysis, who considers the Raising of material, content analysis with the elaboration of the themes searching to make counter-points among the several authors. The results shown the increasing number of researches that approach the participation of the family in the therapeutic care of people with severe mental breakdown, emphasize conducts and perceptions of families and of professionals about the treatment, and call the attention to the promotion of the social insertion of the family, understanding of needs and promotion of participation of the family in health problems.

KEYWORDS: Nursing care; Family; Mental Health; Psychiatric nursing.

El estudio analiza la producción científica del desempeño de enfermería en la atención sistemática a los familiares de personas con trastorno mental, mediante análisis de periódicos científicos indexados y publicados en bibliotecas universitarias, en el sistema de banco de datos MEDLINE, LILACS y SCIELO en el periodo de 2000 a 2005. La investigación es de naturaleza bibliográfica basada en las conjeturas del análisis de Pimentel, el cual considera el registro del material y el análisis del contenido con elaboración de temáticas, buscando realizar contrapuntos entre los diversos autores. Los resultados demostraron un aumento del número de investigaciones que plantean la participación de la familia en el cuidado terapéutico de las personas con trastorno mental severo, enfatizan conductas y percepciones de las familias y de los profesionales acerca del tratamiento, y alerta para la promoción de la inserción social de la familia, comprensión de las necesidades y promoción de la participación de la familia en los problemas de salud.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería; Familia; Salud mental; Enfermería psiquiátrica.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Rua Dr. José Lourenço 2835 Apto 301. Aldeota. CEP 60115-282. Fortaleza – CE. E-mail: masabejo@uece.br.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da UECE. Av. Rui Barbosa 2055 Apto. 2102. Joaquim Távora. CEP. 601152-2. Fortaleza – CE. E-mail: consueloaires@yahoo.com.br

[3] Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE e participantes do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Av. Dedé Brasil, 1700. Paranjana. Fortaleza –CE. E: mail:masabejo@uece.br.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, o homem sempre elaborou explicações para fenômenos de doenças na tentativa de conhecer e combater suas causas. As diversas correntes teóricas surgidas no curso da produção do conhecimento humano refletem a visão predominante de mundo em determinada época e sociedade no contexto específico do modo de produção dominante.

Até o final do século XIX, as concepções sobre doença e seus fatores causais redundaram em duas formas de representar a enfermidade: a concepção ontológica, segundo a qual a doença tem origem unicausal provocada por entidade sobrenatural, cujos instrumentos de cura são os recursos naturais e religiosos, e a concepção dinâmica, que afirma ser a doença resultado do desequilíbrio entre natureza externa e o funcionamento interno do corpo, sendo necessário o uso de medidas terapêuticas para restabelecer o equilíbrio dinâmico e recuperar a saúde perdida [1].

Embora, o modo de compreender os transtornos mentais sinalize a coexistência dessas concepções, evidenciadas pelos recursos preferenciais das famílias para lidar com esta experiência, notadamente com a utilização do suporte espiritual, o processo de deterioração da vida das populações de baixa renda na sociedade moderna industrial, no contexto do modo de produção capitalista, ensejou a realização de estudos que buscavam associar os fatores sociais à emergência das doenças, culminando em outras formas de definir e abordar este fenômeno.

De acordo com esta concepção, o equilíbrio dinâmico que mantém as pessoas num estado relativo de saúde pode ser alterado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. O aparecimento das doenças mentais, caracterizadas pela perda do autodomínio, está ligado à ocorrência freqüente da influência de vários fatores no psiquismo humano, podendo constituir um risco de alteração da saúde mental [2].

Na atualidade observa-se uma tendência crescente para interpretar o binômio saúde-doença como um processo cuja compreensão se dá através da articulação entre a esfera social, natural, da produção e do consumo e seus efeitos sobre a saúde da população. No entanto, a ausência do enfoque social e histórico da doença na prática dos profissionais de saúde contribui, de forma significativa, com o ideal de igualdade entre os homens frente aos riscos de adoecer e para a construção de políticas de saúde cujas ações baseadas em critérios de normalidade/anormalidade propõem a adaptação e reintegração social dos “desviados”, ao mesmo tempo em que buscam ocultar as contradições presentes no interior da sociedade, responsáveis pela iniqüidade do direito e acesso à saúde [3].

A saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A saúde mental pode ser considerada como um aspecto da saúde em geral que, a partir de uma concepção integral do ser humano como entidade biopsicossocial, não pode ser visto em separado, em face da sua capacidade para estabelecer relações harmoniosas com os demais e contribuir, de forma construtiva, para modificar o ambiente físico e social [2].

A proposição crítica ao conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde de que saúde é um completo bem estar físico, mental e social revela que ela está longe de alcançar tal estado de completude, sobretudo, no contexto dos países do terceiro mundo, onde se verifica a falta do alcance das populações carentes aos bens e serviços de saúde, principalmente aqueles que residem em locais de difícil acesso, pois a falta de políticas sociais que favoreçam o acesso eqüitativo da população, pode ser visto quando se verifica a concentração de renda e as desigualdades sociais. Diante do contexto, o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde é reducionista, pois a saúde implica em viver com condições de renda, trabalho, moradia e lazer.

O estudo do perfil das necessidades de saúde revela que o padrão de utilização de serviços de saúde em um determinado grupo populacional está condicionado a múltiplos fatores internos e externos ao setor, dependendo da forma como estão estruturadas a oferta de serviços e as preferências e escolhas do usuário. No Brasil, embora tenha sido observada uma pequena redução nos níveis de desigualdade no período entre 1989 e 1997, período que marcou o século passado, o sistema de saúde atual ainda se caracteriza pelo predomínio marcante da iniqüidade no acesso da população aos serviços de qualidade [4].

As limitações das pessoas com transtorno mental frente às exigências do sistema capitalista são fatores gera-

dores de preconceito e exclusão social, razão porque a reforma psiquiátrica se empenhou na construção e ampliação de serviços substitutivos, cujas ações buscam facilitar a inserção de pessoas com transtornos mentais na sociedade e, de preferência, que possam ser aceitas por suas famílias. Vale ressaltar, contudo, que nem todas as famílias possuem uma base estrutural, econômica e emocional para saber conviver com o parente acometido pelo transtorno mental, fazendo-se necessário o estabelecimento de uma aliança entre a família e os profissionais de saúde. O profissional de enfermagem, dado a sua proximidade com o cliente e a família, representa um importante parceiro na atenção à saúde mental e na promoção da ruptura do paradigma da assistência psiquiátrica manicomial.

A evolução do processo histórico do conhecimento da enfermagem retrata o cuidado ao doente sendo avaliado como de subserviência médica, conotação de caridade e puramente tecnicista [5].

Com a reforma psiquiátrica, o campo teórico-prático da saúde mental passou a ser re-significado exigindo que o enfermeiro abdique de seu papel de vigilância e controle das clientelas do manicômio para tornar-se, enquanto membro da equipe interdisciplinar, elemento essencial para intervir no processo re-habilitatório do sujeito com transtorno mental. Nesta conjuntura, um dos principais papéis do enfermeiro está relacionado ao vínculo, ao acolhimento e a intervenções mais humanas e eficazes consoantes às necessidades da vida concreta dos pacientes e suas famílias, buscando sempre compreender as necessidades dessas pessoas e viabilizar sua inserção social e preservar a saúde mental do grupo familiar.

Este estudo teve o objetivo de analisar a produção científica acerca da atuação da enfermagem na atenção sistemática à família de pacientes com transtornos mentais, em periódicos indexados publicados no período de 2000 a 2005.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza bibliográfica baseada nos pressupostos da análise de Pimentel[6], a qual considera o levantamento do material, análise de conteúdo com elaboração de temáticas buscando realizar contrapontos entre os diversos autores.

A coleta dos dados foi realizada a partir do levantamento bibliográfico em periódicos de enfermagem no período de 2000 a 2005, e este recorte deveu-se a ser o período que constava quantidade significativa de artigos científicos relacionados ao objeto do estudo. Consultou-se periódicos científicos indexados e publicados em 2 bibliotecas universitárias cearenses, no sistema de banco de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO e páginas de revistas eletrônicas indexadas mediante uso das palavras-chave: enfermagem; assistência; família; saúde mental.

Os artigos foram compilados de periódicos renomados e que continham um grande número de publicações concernentes ao tema do estudo, totalizando dezoito. Primeiramente, foram selecionados artigos de todas as revistas científicas indexadas na classificação internacional C da *qualis* de enfermagem, sendo este um critério utilizado para classificação de periódicos preconizados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior): Acta Paulista de Enfermagem, Escola Anna Nery, Femina, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista da Escola de Enfermagem USP, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e Revista Gaúcha de Enfermagem, Texto & Contexto. No entanto, como o número de artigos encontrados era insuficiente para fazermos uma análise mais completa e profunda a respeito da temática, também foram contempladas revistas científicas que compunham a categoria internacional B, dentre elas: Caderno de Saúde Pública, Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista de Saúde Pública. Nestas últimas, encontramos seis trabalhos, de forma que, para a análise documental, utilizamos vinte e quatro artigos científicos. A opção em iniciar a busca por revistas qualis C deveu-se pelo maior acesso a estas, sendo realizada a busca em revistas qualis B para o segundo momento da coleta.

Outros critérios estabelecidos para a seleção dos artigos foram: publicações editadas somente em português no período de 2000 a 2005, cuja temática fosse a relação da família com o parente acometido por um transtorno mental.

Neste estudo utilizamos o método de análise documental proposto por Pimentel (2001), o qual compreende: a análise de conteúdo através de fichamento,

levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes e a criação de códigos [6].

A análise foi precedida pela organização do material coletado, que foi realizada em duas fases, concomitante à coleta dos dados. Na primeira, todo o material encontrado foi organizado levando-se em consideração as fontes, os assuntos e os artigos arquivados em pastas. Para cada publicação, elaboramos uma ficha de leitura contendo as referências bibliográficas, o resumo do trabalho, transcrições de trechos com as respectivas páginas a serem utilizadas posteriormente para ilustrar a análise, nossas observações e críticas acerca do trabalho. Após o fichamento dos artigos, elaboramos um quadro contendo o nome dos autores, a categoria das revistas científicas, o título dos artigos, o ano, o número da revista e o mês relacionado a sua publicação.

Na segunda fase, analisamos os textos para identificar a linha mestra que os conduzia, de forma a manter juntos determinados artigos que tratavam do mesmo assunto para que fosse possível, através da criação de temáticas, desvendar as informações contidas nas publicações após o processo de codificação, interpretação e inferências. As temáticas foram organizadas a partir do quadro de termos-chave e o procedimento consistiu, inicialmente, em grifar, por ocasião da leitura flutuante dos textos, palavras e frases que sintetizavam um conceito, apontavam uma proposta, definiam uma concepção ou simplesmente expressavam uma idéia relevante para o assunto em discussão. Para a seleção dos termos-chave, levamos em conta a freqüência de um determinado segmento constituído, em geral, por um conjunto de palavras que representavam uma idéia, sempre considerando o contexto onde estes segmentos estavam inseridos. Após a leitura exaustiva dos textos, apoiados pelos quadros de autores e termos-chave, criamos as unidades de análise que foram compostas de núcleos de significados, cujos assuntos representavam toda a abrangência do tema, facilitando a compreensão da análise documental. A partir das temáticas mais recorrentes, construímos as seguintes categorias de análise: o significado da reforma psiquiátrica; a relação da família com o hospital psiquiátrico; a participação da família na reforma psiquiátrica; a relação das famílias com os profissionais de saúde mental; as necessidades dos pacientes e das famílias; as conseqüências do transtorno mental na família.

RESULTADOS

O significado da Reforma Psiquiátrica

Em relação à Reforma Psiquiátrica, os autores da literatura pesquisada consideram que a psiquiatria democrática propôs revolucionar as concepções e terapêuticas médicas vigentes mediante análise crítica da cultura manicomial e do saber psiquiátrico e denunciar as práticas desumanas e segregantes que resultaram na exclusão, abandono e solidão das pessoas com transtorno mental, para fins de normatização e controle social, culminando assim com a criação da Lei 9716/92, que prevê o processo de desinstitucionalização da clientela no interior do qual ocorrerá a substituição progressiva dos leitos em hospitais[7, 8,9].

Dentre as propostas de atendimento da reforma psiquiátrica, os autores da literatura destacam o hospital-dia, que vem sendo implantado por todo o país e considerado pela família como um local especial que ajuda a sua relação com seu parente, ao mesmo tempo em que o mantém no interior do grupo familiar, além de melhorar o padrão assistencial na psiquiatria apoiada pelos dispositivos legais, consolidando o processo de extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais [10,11]

Consideram que, com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja meta é a inserção social da clientela com transtorno mental de modo a possibilitar o resgate de sua cidadania, a mudança deve englobar a relação que se estabelece entre usuário, equipe e família e comunidade, sendo a família a co-autora na promoção de cidadania dos usuários [12,13,11].

Concordam que o objetivo desses serviços não é somente diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos,mas abrange, também, o atendimento comunitário do sujeito com sofrimento psíquico dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, cujas premissas são a liberdade de ir e vir e a reabilitação psicossocial. O acolhimento e a escuta são considerados responsáveis pela trajetória do indivíduo e o plano terapêutico, construído com base na singularidade do sujeito, bem como a inserção da família e comunidade, representam as principais características das novas tecnologias estudadas [14,15,12].

Refletindo as mudanças requeridas pela reforma psiquiátrica, alguns autores afirmam que os novos paradigmas da reforma não visam mais à doença e sim o sujeito, mas que nem sempre os profissionais de saúde são eficazes na incorporação deste princípio à sua prática profissional, pois não foram desenvolvidos, paralelamente, recursos comunitários suficientemente numerosos e adequados para preencher as necessidades múltiplas dos pacientes, nos âmbitos clínico, social e ocupacional, que permitiriam assegurar o sucesso de sua integração social. Em conseqüência disto, o processo de desinstitucionalização, ainda, deixa a desejar [16,15, 17].

A relação da família com o hospital psiquiátrico

Ao falar da importância dos sistemas substitutivos para a internação integral dos pacientes em hospitais psiquiátricos, os estudos se complementam quando afirmam que os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Hospitais-Dias, Oficinas terapêuticas e vários projetos de cooperativas têm a finalidade de dar suporte aos usuários e suas famílias, de tal forma que a internação hospitalar só venha a acontecer nas situações em que a permanência da pessoa doente, em seu ambiente familiar e comunitário, realmente seja impossível [18, 19].

A participação da família na reforma psiquiátrica

É consenso entre os autores da literatura pesquisada que a família é, seguramente, o primeiro e principal aspecto para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo, através da qual ele irá adquirir suporte para a formação da sua personalidade e de seu padrão de relacionamento[20].

A família se apresenta como uma realidade complexa que não pode ser reduzida ao conteúdo de um conceito, por mais rico e abrangente que este possa ser. Ela se revela como um todo orgânico vivo e onde, por mais intensa que possa ser a sua desorganização decorrente da convivência com o transtorno mental, é possível que a harmonia e o equilíbrio se instalem em seu meio. A família é entendida, também, como sendo todos aqueles que estão próximos a ela e que exercem influência direta sobre os seus membros[7,16].

Os autores identificaram nas famílias diversos problemas que elas enfrentam na vida cotidiana em decorrência de sua convivência com o parente com transtorno mental e afirmam que, ao tratarem os usuários, os profissionais de saúde devem procurar entender suas necessidades como também as demandas das famílias, prestando-lhes assistência cultural em seu cotidiano conforme sua própria dinâmica de funcionamento [8,16].

A participação da família no tratamento, em cooperação com a equipe de saúde, é importante para a recuperação do usuário, visto que um dos principais componentes para a recuperação da pessoa é a inserção ativa da sua família no desenvolvimento de estratégias (tratamento) que visem à reabilitação psicossocial. Assim, o retorno do sujeito com transtorno mental ao lar, para experienciar maior convivência familiar, pode e permite que a família e seu parente caminhem juntos para dinamizar sua participação nas relações interpessoais. Esta participação torna a família o principal estímulo à integração social dele, permitindo-lhe desenvolver mecanismos eficazes para enfrentar as eventuais adversidades surgidas no cotidiano e os desafios que lhe são impostos [9,10].

A relação das famílias com os profissionais de saúde mental

As pesquisas também apontaram alguns fatores presentes na prática profissional da enfermagem que parecem não garantir uma assistência humanizada nem evitar o aumento do número das reinternações. São eles: a execução de tarefas pré-estabelecidas na instituição, a relação antagônica entre o discurso e a prática dos profissional de saúde mental, as diferenças biológicas entre os membros das equipes multidisciplinares, a verticalização e normatividade do programa na instituição, a falta de coordenação entre os setores dos serviços comunitários, a taxa muito alta de pacientes para cada profissional, a falta de integração entre os serviços comunitários e hospitalar, o despreparo dos profissionais, a medicalização dos sintomas, a ausência ou insuficiência dos serviços de referência, entre outras [17,21,15].

Alguns trabalhos complementam a discussão deste tema afirmando que o pouco conhecimento da família relativo ao transtorno mental, as dificuldades provenientes

das dinâmicas familiares, as deficiências contidas no processo de assistência psiquiátrica, o distanciamento do profissional de saúde e a carência de vínculos com o serviço podem consistir em necessidades emocionais e sofrimento das famílias [8,9,22].

Para que ocorra o atendimento e a promoção em saúde mental, tanto o enfermeiro quanto os demais profissionais envolvidos necessitam aprender a trabalhar em equipe num processo interativo entre indivíduo, família e sociedade [21].

As necessidades dos pacientes e das famílias

Com relação às necessidades das famílias, os trabalhos confirmam a importância de os profissionais assumirem o compromisso de prestar assistência universal, com justiça natural e igualitária, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada, e demonstram que os pacientes transferem e buscam suprir com o serviço de saúde as faltas sentidas no contexto familiar [21, 23].

Os autores sinalizam que esse modelo de assistência domiciliar volta a inserir o doente e a doença num contexto mais abrangente, priorizando o ser humano enquanto cidadão. Os profissionais de saúde mental, hoje, buscam melhorar a assistência ao paciente psiquiátrico, considerando que a pessoa com transtorno mental pertence a um meio que influencia e sofre influência desse sujeito [18, 21].

A interação entre o profissional de saúde e a família no enfrentamento dos problemas da saúde na comunidade revela-se ausente no Programa de Saúde da Família (PSF), podendo ser emblemático de reprodução do modelo biomédico, cujo foco de atuação continua sendo o paciente como sujeito individual sem levar em consideração a família como um todo [21].

As conseqüências do transtorno mental na vida dos membros das famílias

As investigações sobre as repercussões da doença mental na vida dos membros das famílias revelam que os familiares relacionam a instalação da doença mental às situações de nervosismo, diminuição do apetite, sono, labilidade de humor, entre outros, entre seus membros. Alguns familiares relatam que ficaram chateados, choraram, especialmente no começo da doença. As autoras enfatizam que é importante lembrar que as famílias de pessoas com transtorno mental estão mais expostas à sobrecarga emocional e, quase sempre, são alvo de preconceito e discriminação [22, 9].

A mudança na visão cartesiana de lidar com as pessoas com transtorno mental requer uma verdadeira revolução cultural envolvendo transformações do discurso e da prática assistencial e compreende um processo que hoje segue seu curso rumo a sua consolidação mas que, por ora, ainda coexiste com a visão estereotipada da loucura agravada pelo desconhecimento das famílias e da comunidade acerca da loucura e ausência de infra-estrutura social mínima que lhes permita acolher de forma satisfatória os membros acometidos pelo transtorno mental. Alguns autores consideram que o usuário tem condição de ser reinserido no grupo familiar desde que a família seja preparada para aceitá-lo, devendo contar com o suporte do atendimento domiciliar [21].

Com relação às famílias que vivenciam a doença mental em seu cotidiano é importante ter claro que o decisivo nem sempre é a doença, mas seus significados e o que esta pode provocar nos membros da família, pois, na maior parte, é justamente daí que emergem suas necessidades e não exatamente da doença, como preconiza o modelo biomédico[7].

Os estudos apontam, dentre as dificuldades referidas pelas pessoas com transtorno mental na convivência cotidiana com a família: o sentimento de rejeição e exclusão por outros membros da família; a falta de perspectiva; a cobrança da família; a ausência de compreensão e o pouco amparo no meio em que vivem [23].

Os trabalhos analisados, em face do papel essencial das famílias na reabilitação e socialização do parente com transtorno mental, deram um importante destaque à compreensão sobre o adoecimento psíquico no cotidiano das famílias [24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas desenvolvidas na saúde mental focalizam o entendimento das famílias acerca do tratamento dos pacientes, as dificuldades que elas enfrentam no dia-a-dia,

suas relações emocionais e suas necessidades, assim como sua compreensão dos serviços de saúde mental. Entretanto, algumas pesquisas têm indicado haver uma discordância entre as percepções e as atitudes dos profissionais de saúde mental e dos familiares sobre o tratamento dos pacientes, assim como uma distância ainda existente entre esses dois atores sociais, tanto no que se refere às equipes de serviços hospitalares quanto às de serviços comunitários. Nesses estudos foram observados que ainda há falta de conhecimento por parte das equipes profissionais a respeito das necessidades e das percepções dos familiares sobre os serviços oferecidos e o problema do paciente.

Os autores apontam que o trabalho de enfermagem com as famílias deve ser ampliado, pois há famílias dos mais variados tipos, e trabalhar com elas significa mergulhar no seu mundo e conhecer suas interações intra e extrafamiliares, contextualizando-as para melhor conhecer e atender as suas demandas, segundo a classe social a que pertencem e ajudá-las a participar de seu processo terapêutico. Não é possível haver inserção social com uma família desassistida, sendo muito importante ajudá-la e poder contar com a sua colaboração no processo terapêutico

REFERÊNCIAS

1. Canguilham G. O Normal e o patológico.3ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2006. 308p.
2. Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr, 1999 jan/mar; 21(10):36-47.
3. Skalinski LM, Praxedes WLA. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. Rev. Acta Scientiarum, 2003; 25(20):305-16.
4. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, 2000; 5(1):113-49.
5. Colvero LA, Machado AL. Cuidado de enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Fortaleza: INESP/EDUECE; 1999.
6. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad Pesqui, 2001 nov; (114):179-95.
7. Silva AL, Guilherme MR, Rocha SSL *et al.* Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. Rev Latinoam Enfermagem, 2000; 8(5):65-70.
8. Pereira MA, Pereira Junior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP, 2003; 37(4):92-100.
9. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Rev. Texto & Contexto Enfermagem, 2004;13(4):543-50.
10. Monteiro ARM, Barroso MGT. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. Rev Latinoam Enfermagem 2000; 8(6):20-6.
11. Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev Esc Enferm USP, 2003; 37(2):43-50.
12. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto & Contexto Enfermagem, 2004; 13(4):593-8.
13. Filizola CL. Alves RMC. Pereira SCL. A história da família de Rubi e seu filho leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de identificação na família. Texto & Contexto Enfermagem, 2003; 12(2):182-90.
14. Hirdes A Kantorski LP. Sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis (SC) 2000; 9(2, pt.1):94-105.
15. Bandeira M,. Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J Bras Psiquiatr, 2005; 25(1):34-46.
16. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev Latinoam Enfermagem, 2005 mar/abr; 13(2):173-9.
17. Breda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latinoam Enfermagem, 2005; 13(3): 450-2.
18. Parente ACM, Pereira MAO. Percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados. Rev Bras Enfermagem, 2000; 57(1):44-7.

19. Silva MRS. A finalidade do trabalho de enfermagem com famílias que convivem com a doença mental em seu cotidiano. Rev Gaúcha Enfermagem, 2000; 21(1):138-51.
20. Macedo VCD, Monteiro ARM. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. Texto & Contexto Enfermagem, 2004; 13(4):585-92.
21. Rosa WAG, Labate RC. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. Rev Bras Enfermagem, 2003; 56(3):230-5.
22. Furegato ARF, Santos OS, Neivas AF, Silva EC. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. Texto & Contexto Enfermagem, 2002.;11(3):51-6.
23. Pereira MAO, Cais DP. A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. Rev Gaúcha Enfermagem, 2001; 22(2):90-101.
24. Silva EM, Jorge MSB, Queiroz MVO. Perspectiva da família na convivência com o ser portador de esquizofrenia. Rev. RENE, 2003;4(2):53-60.

RECEBIDO: 09/01/2007
ACEITO: 05/03/07

EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA SISTEMATIZADA EM VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

SYSTEMIZE EXPERIENCE OF PRACTICAL IN DOMICILIARY VISIT IN THE CONTEXT OF THE HEALTH OF THE FAMILY

EXPERIENCIA DE PRÁCTICA SISTEMATIZADA EN VISITA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Maria Fátima Maciel Araújo[1]
Maria Josefina Da Silva[2]
Bruna Michelle Belém Leite[3]

Relato de experiência prática sistematizada acerca do emprego da VD como instrumento do cuidado de enfermagem no processo de aprendizagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Foram considerados os marcos conceituais: família, domicílio/casa e visita domiciliária e as modalidades de visita domiciliária, construídas a partir da prática docente e fundamentadas na literatura. Foi elaborado um diagrama de visita domiciliária construído pelas autoras e adotado na prática de VD. A proposta evidenciou a importância dos marcos conceituais para a sistematização do cuidado no âmbito do domicílio e a necessidade de aspectos mais pragmáticos do cuidado sem negligenciar o rigor científico inerente a esta modalidade de prática. Para a enfermagem mostrou-se eficaz como um percurso sistematizado de planejamento do cuidado no ambiente domiciliar considerando os aspectos profissionais, legais e éticos na visita domiciliária.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em saúde comunitárias; Relações profissional-família; Aprendizagem baseada em problemas; Educação.

This is a Report of a systematized practical experience concerning the job of the DV as a nursing care instrument in the learning process of the Nursing Course of the Federal University of the Ceará. Some conceptual landmarks were considered: family, housing and domiciliary visit as well as the domiciliary visit modalities constructed from the teaching practice and based on literature. It was elaborated A diagram of domiciliary visit constructed by the authors and adopted in the practice of DV. The proposal evidenced the importance of conceptual landmarks for the systematization of the care in the scope of the domicile and the necessity of more pragmatic aspects of the care without neglecting the scientific severity which is inherent to this modality of practice. For the nursing it was revealed efficient as a systemized passage of care planning in the domiciliary environment considering the professional, legal and ethical aspects, in the domiciliary visit.

KEYWORDS: Community healt nursing; Professional-Family Relations; Problem-Based Learning; Education.

Relato de experiencia práctica sistematizada acerca del empleo de la VD como instrumento del cuidado de enfermería en el proceso de aprendizaje del Curso de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Fueron considerados los marcos conceptuales: familia, domicilio/casa y visita a domicilio y las modalidades de visita domiciliaria construidas a partir de la práctica docente y fundamentadas en la literatura. Fue elaborado un diagrama de visita a domicilio construido por las autoras y adoptado en la práctica de VD. La propuesta evidenció la importancia de los marcos conceptuales para la sistematización del cuidado en el ámbito del domicilio, de la necesidad de aspectos más pragmáticos del cuidado sin descuidar el rigor científico inherente a esta modalidad de práctica. Para la enfermería se mostró eficaz como un recorrido sistematizado de planificación del cuidado en el ambiente domiciliar considerando los aspectos profesionales, legales y éticos en la visita a domicilio.

PALABRAS CLAVE: Enfermería en salud comunitária; Relaciones Profesional-Familia; Aprendizaje basado en Problemas; Educación.

[1] Mestre em Saúde Pública. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. End. Rua Padre Guerra nº 1432. Amadeu Furtado. CEP 60455-360. Email: fatima.maciel@ig.com.br

[2] Mestre em Sociologia. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. End. Rua General Silva Júnior nº 855 apto 206. Fátima. CEP 604110200. Fortaleza- Ceará. Brasil. E mail: mjosefina@terra.com.br

[3] Estudante do Curso de Enfermagem FFOE/UFC. E-mail: brunaufc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde realizados no domicílio são os componentes de um cuidado de saúde integral e contínuo. Os serviços de saúde prestados aos indivíduos e famílias na residência têm a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde, ou maximizar o nível de independência do cliente e família, ao mesmo tempo em que minimizam os efeitos da dependência nas atividades de vida.

A prática da VD não é recente. Assim como o cuidado domiciliar, remonta à pré-história humana, mas só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social e que, na nossa perspectiva também se constitui uma atividade de saúde.

No contexto atual de organização do sistema de saúde pautado na estratégia de saúde da família (ESF) a visita domiciliária (VD) assume lugar de destaque, restaurando o papel do cuidado à família considerando os aspectos de comunicação, educação, técnico-científico e político. A VD é uma tecnologia utilizada para realização do princípio de equidade e integralidade aproximando os profissionais da família e possibilitando o conhecimento mais realista do ambiente familiar e entorno.

Operacionalmente, a VD tem sido útil para retratar realidades sob o ponto de vista epidemiológico/situação de doença, mas pouco voltada a atender o desenvolvimento de projetos político-sanitários, de desenvolvimento institucional e da comunidade. Há necessidade que as práticas atuais sejam sistematizadas para validar sua ação no contexto das políticas públicas

A antropologia do cuidado de Enfermagem[1] vincula o cuidado ao papel biológico da família, dando ênfase às questões relativas à saúde de seus membros, considerando-a como unidade funcional.

A mulher tem sido o principal agente funcional da família. A ela são atribuídas as atividades domésticas, exercidas de forma profissional (empregada doméstica, babá) ou informal por outras mulheres não vinculadas na forma anterior. Assim, os cuidados de saúde em períodos longínquos seguiam ritos e procedimentos empíricos, em consonância com os paradigmas de saúde em cada período histórico, realizados pelas mulheres[1].

Ao longo do tempo encontramos como elemento estrutural nas questões de saúde, a mulher e o cuidado realizado no domicílio. Especialmente nos cuidados com a mãe e a criança, a educação foi reconhecida como instrumento essencial, cuja eficácia acontece quando se atua em pequenos grupos. O agente preferencial para este tipo de atividade é a enfermeira de saúde pública[2]. Florence Nightingale, adotando para a Enfermagem o conceito de necessidades humanas e uma abordagem ambientalista situa, mesmo que implicitamente, o lar e a família como constituintes do marco e a unidade funcional na satisfação de tais necessidades. A Enfermagem nasce, assim, com a competência para o acompanhamento da família no seu lócus vivencial – o domicílio. O início da era bacteriana, no final do século XIX marca a tendência da visão de saúde como decorrente de causa específica, do paradigma de saúde como oposição à doença cujo lócus privilegiado do cuidado era o hospital.

Somente no Século XX é que, novamente, a saúde é vista numa dimensão múltipla, e se abre novamente na atenção à saúde em espaços além dos espaços institucionais. No pós-moderno paradigma de saúde

> [...] família é o cenário onde o comportamento e as decisões da saúde são estabelecidos primeiramente, e onde a cultura, os valores, e as normas sociais são moldados primeiramente. A família é a unidade básica da organização social que é a mais acessível à prevenção, à promoção e às intervenções terapêuticas [3]

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988, cujo marco é a saúde da família, reutiliza este instrumento como um dos mais eficazes para as ações de saúde, especialmente em saúde coletiva.

A VD tem como finalidades obter dados mais exatos sobre a estrutura familiar, o ambiente natural e o comportamento neste ambiente, assim como identificar barreiras e facilidades para a promoção da saúde. As práticas contemporâneas de VD estão incluindo, cada vez mais, a família como elemento interativo e colaborativo no cuidado com a saúde, atendendo assim às necessidades complexas e utilizando uma gama de recursos institucionais, comunitários e familiares para a efetividade das respostas às necessidades familiares[4].

Apesar da importância deste instrumento para o alcance dos objetivos do sistema de saúde, ainda é incipiente a produção teórica ou reflexiva sobre a VD. Encontramos registros no Scielo de 26 artigos; 75 no Medline e 11 no BDENF quando utilizamos o descritor: Visita domiciliar. O grande volume de referência nos bancos de dados tem a VD como instrumento de acesso à família e não como objeto de estudo, como é o caso deste trabalho. A prática da VD, embora sendo considerada pelo Ministério da Saúde uma tecnologia de acesso à família, ainda é possível observar uma dimensão baseada no empirismo de acerto e erro ou em adaptações de realidades alhures, que não satisfazem as especificadas das culturas locais.

Em que pese visões afirmativas a respeito da validade da visita domiciliária como via de acesso às famílias, aos cuidados de saúde e como instrumento de aprendizado de saúde comunitária em Enfermagem, constata-se o pouco investimento na elaboração de instrumentos teórico-metodológicos para fundamentar a atividade. Esta percepção despertou, ao desenvolver a prática docente, onde a visita domiciliária é um dos instrumentos utilizados, a necessidade de trabalhar esta questão. A família no contexto do cuidado domiciliar assume a condição de "[...] construir, atribuir significados e produzir investimentos singulares no seu processo vital [...]"[5] que devem ser considerados na produção de conhecimentos que orientam a prática institucional em saúde.

A partir da prática docente com alunos de graduação em Enfermagem que realizam a visita domiciliária, construímos coletivamente os marcos orientadores desta prática. A centralidade do cuidado na família orienta toda a estrutura curricular do Curso de Enfermagem. A partir do ingresso, os discentes participam de atividades que incluem a VD realizando cadastro de famílias para vivenciar experiências voltadas a concepções de território vivo; atividades com participação comunitária para a experiência de contato com a cultura local; realização de cuidados de enfermagem a partir de intervenções em cuidados progressivos ao longo do processo formador no domicílio e em unidades de atenção básica.

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência vivenciada na sistematização da VD com discentes de disciplinas voltadas para a família e atenção básica de saúde, desenvolvidas em bairros periféricos da cidade de Fortaleza (CE).

BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS PARA A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA.

As discussões com os discentes, objetivando a sistematização, impuseram a necessidade de clarificação de conceitos como domicílio, casa, família, cuidar/cuidado e como os mesmos se articulavam para construir a proposta de sistematização da VD. O resultado das discussões foi a elaboração de um diagrama que articula os conceitos e os tipos de visita de acordo com os objetivos almejados. O diagrama busca descrever o espaço do cuidar/cuidado da/na família – a casa/domicílio e a VD focalizada na família.

CASA/DOMICÍLIO COMO ESPAÇO DE CUIDADO

A VD, como tecnologia viabiliza o domicílio como unidade de cuidado em saúde, porque o domicílio é uma unidade habitacional. É a residência habitual de uma pessoa. Segundo o dicionarista é a casa, habitação fixa, lugar onde a pessoa reside com ânimo de permanecer[6]. A casa, segundo a Constituição Federal, é inviolável na sua intimidade, onde ninguém pode penetrar sem o consentimento do seu morador[7].

Como um espaço do cuidado de Enfermagem e de saúde, o profissional só poderá adentrar no domicílio com a devida permissão de seus moradores. Os aspectos éticos ganham relevância no desenvolvimento e planejamento da ação.

Domicílio, para a família, é o endereço, um espaço formal. A casa é o conceito mais valorizado, pleno de subjetividade. É o ninho. Pois não é somente o espaço físico, concreto, delimitado por paredes de barro, cimento, papelão ou madeira, mas um espaço imaginário onde, mais que a concretude, está presente a intencionalidade. Assim, os moradores de rua, os sem-teto, têm uma dimensão de casa, mesmo que com limites imaginários.

[...] ... a casa é o nosso canto no mundo. Ela é como se diz amiúde, o nosso primeiro universo. É o verdadeiro cosmos." "[...] a imaginação constrói paredes com, sombras impalpáveis, reconforta com ilusões de proteção... se vive a casa em sua realidade e em sua virtualidade, através dos pensamentos e dos sonhos. A vida começa bem, começa fechada, protegida, agasalhada no regaço da casa.[8:24-6].

A casa também é o recanto da fé e formação da espiritualidade humana "[...] com a sabedoria se edifica a casa e com a inteligência ela se firma" [9:635]

É o espaço de intimidade, do sonho, da conquista, da união de esforços e de satisfação da família. No nosso país, a posse da casa é um sonho perseguido ao longo da vida por todos. A casa própria, a minha casa... Assim, é relevante a visita domiciliária para o cliente. Ele receberá o enfermeiro na sua casa, no seu espaço de intimidade. Assim, também, é importante que o enfermeiro se prepare para este momento ritualístico, lugar onde cada gesto pode ser tomado com um significado por vezes não pensado.

As concepções multireferenciais (ciência, arte, filosofia e espiritualidade) ganham contorno importante para gerar uma prática de enfermagem que se estrutura na emancipação da família que é visitada. As teorias e modelos de enfermagem, como a teoria do autocuidado de Oren, Modelo Calgary de avaliação e intervenção na família[10], a abordagem sistêmica da família[11], o modelo de atividades de vida[12], favorecem a organização e sistematização e a prática na atividade acadêmica de extensão.

Deve-se respeitar a ritualidade do momento. A apresentação do profissional, a clareza dos objetivos da visita, o uso racional do tempo: nem muito rápida para dar a impressão de impaciência nem muito demorada, criando empecilhos aos afazeres domésticos. Deve-se dar um tempo para que a família vivencie este momento na sua dinâmica particular. Afinal, o profissional responsável pela VD é quem está "invadindo" este espaço. No processo formador a VD, para a enfermagem, é contextualizada no campo e núcleo de prática.

Percebemos, na experiência cotidiana com famílias, que a casa pode ser o espaço de conflitos, de segredos, de mistérios que só a família conhece. Penetrar neste mundo da cultura familiar, nos cantos escuros da realidade da família para, a partir daí entender seu funcionamento nas questões de saúde, requer habilidades de perspicácia, discrição e conhecimento contextual.

FAMÍLIA

Por família entendemos a unidade grupal que habita no mesmo domicílio, com origem em diferentes graus de parentesco ou não, independendo do número de membros ou gerações, com vínculos afetivos, compartilhando objetivos, responsabilidades, determinadas obrigações e funções. Seus membros experimentam laços emocionais comuns e estão implicados numa mesma adaptação contínua de vida, recebendo ou tecendo influência no grupo social ao qual pertencem. Este conceito foi construído ao longo do período da residência em saúde da família realizado pela Universidade Federal do Ceará para enfermeiros e médicos das equipes do Programa de Saúde da Família, onde uma das autoras participou diretamente como tutora e a outra como consultora, sendo adotado por nós na prática profissional, de ensino e extensão, onde uma discente atuou como bolsista de extensão em atividades de VD participando de todo o processo de discussão que ora é apresentada.

Visita domiciliária: visita é o ato ou efeito de visitar; visitação, ir ver alguém por cortesia, dever, afeição; vistoria ou inspeção, interesse ou curiosidade[13], ou prestar uma ação/cuidado de Enfermagem.

Podemos classificar os tipos de serviços de cuidados domiciliários em: oficiais – oferecidos por instituições governamentais em diferentes instâncias de organização do sistema com o objetivo de trazer respostas à necessidade de continuidade de tratamento pós-internamento e ao elevado custo de internamentos. Serviços voluntários – de iniciativa de organizações comunitárias e de rede social de apoio, custeados por instituições beneficentes. Serviços mistos – que reúnem os serviços de voluntariado com os oficiais, geralmente com o objetivo de diminuir custos para prestação dos cuidados domiciliares desenvolvidos através de projetos que reúnem recursos públicos e executados pela solidariedade voluntária.

Incluem no rol citado, as Organizações Não Governamentais –ONGs – , associações de bairros, grupos religiosos. Serviços privados – que estão agrupados com fins lucrativos, custeados por convênios pessoais ou empresariais, mais comumente denominados *homecares*. Neste grupo também se incluem as cooperativas de especialistas, grupos e casas de apoio ao idoso e outras[4], compondo um mercado em crescimento pela modificação das políticas de desospitalização.

É importante observar que no âmbito das ações do cuidado domiciliário se incluem os cuidados de Enferma-

gem em saúde coletiva que visam facilitar a adoção de práticas de autocuidado pela família para seu bem-estar, para manter a vida e a saúde de seus membros.

A visita domiciliária se constitui uma modalidade de intervenção utilizada no processo de administração do cuidado de Enfermagem à família. Como tal, requer planejamento sistemático e organização adequada, flexível, devendo ser facilmente adaptada às características de cada clientela em particular. As vantagens da visita domiciliária são apontadas como: responde às conveniências da família; ocorre no próprio habitat permitindo um maior controle da situação pela família; permite a exposição de preocupações e necessidades sem as tensões de um consultório, mas, por outro lado os custos financeiros e de pessoal qualificado para sua realização é a maior desvantagem apontada pelos estudiosos do assunto[4].

No desenvolvimento de atividade práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e nos projetos de extensão e pesquisa, adotamos a VD como um dos instrumentos para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem nas práticas de disciplinas que têm como foco o cuidar. Nas atividades didáticas desenvolvidas nas unidades de atenção básica incluímos a proposta ora apresentada, tendo sido assimilada pelos discentes e avaliada como positiva para o conhecimento dos marcos que orientam esta prática. A descrição que se segue foi fruto da nossa experiência e orientada pela literatura que julgamos se adequar aos nossos propósitos.[4; 14;15]

Tipos de visita que caracterizam a prática específica do Curso de Enfermagem da UFC na atenção básica

Visita de cortesia:

Busca a revitalização do espírito de cordialidade, de gentileza entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde. Como uma das estratégias do cuidado à saúde, a cortesia tem feito parte das práticas populares, cultivada entre pessoas com vínculos familiares de parentesco, de amizades e relações de vizinhança, constituída fundamentalmente com o propósito afetivo, que concentra em seu conceito o espírito de fineza, como cultura popular de estímulo à convivência comunitária.

É percebida pelo visitado como uma ação nobre, distinta, de amabilidade e delicadeza.

Esse tipo de visita é aplicado ao cuidado de Enfermagem em ações voltadas para educação popular em saúde. Quando direcionada para pessoas idosas, deficientes físicos ou com dificuldade de deambulação, ganha relevância, dado que com o crescente número de idosos que apresenta graus variados de dependência, e o conseqüente confinamento ao ambiente domiciliar, decorrentes de agravos a saúde, se constitui fator relevante de contato social e comunitário, influenciando decisivamente nas condições de saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

Entendendo como o cuidar/cuidado a essência da Enfermagem, a visita de cortesia está no âmbito da compreensão da vivência dos seus clientes, isto é, o mundo da experiência vivida, não apenas em situações limites da doença. A compreensão vivencial do cliente se dá pelos domínios da relação entre o indivíduo e seu mundo material; o indivíduo e seu corpo, sua história de vida e as formas comunicativas que desenvolve[14].

O contato informal que a visita de cortesia proporciona possibilita o desenvolvimento de competência ao enfermeiro para obter informações úteis no processo de cuidar em qualquer situação.

Visita domiciliária de gestão:

Embora a literatura específica não tenha esta denominação de visita de gestão, assim o fizemos para diferenciar da visita onde o profissional atua como árbitro, embora que de forma sutil. Sua atuação é no sentido de ajudar a clarificar a situação de crise para que a família tenha condições de superar o evento de forma autônoma.

Gestão é o ato de gerir; gerência, administração. Se constitui em um modelo de visita domiciliária de acompanhamento das famílias, planejada e sistematizada, para manutenção dos vínculos com a unidade básica de saúde. Segue as orientações determinadas pelas condutas de gerenciamento e administração do cuidado de saúde e de Enfermagem, determinado nos planos de cuidados à família elaborados pela equipe de saúde/Enfermagem e orientado pelas políticas de saúde. Objetiva estabelecer uma mediação entre a Unidade Básica de Saúde e as famílias,

acompanhando os acontecimentos e eventos familiares de cuidado à vida e à saúde; a dinâmica familiar e suas modificações, bem como situações que indiquem necessidades de cuidados progressivos.

As demandas originadas das necessidades da família levam o enfermeiro a assumir papéis, como de coordenador e administrador da atenção primária à família, facilitador e *advocacy* da família junto às instituições, papel que entendemos ser o mais relevante na gestão da saúde da família. O enfermeiro contribui com seus conhecimentos da organização e dinâmica dos sistemas de saúde, para que a família possa ter acesso às instâncias de atendimento de suas demandas. Assim, um serviço cujo horário de funcionamento é o horário comercial pode não ser útil à população no atendimento de suas reais necessidades de saúde, por sua vez, a família poderá ser orientada a vencer barreiras[15].

O planejamento da VD deve ser adequado a cada necessidade, mas, de um modo geral, as fases e atividades seguem a seguinte seqüência[4]:

1ª fase: Fase da pré-visita: é o primeiro contato entre o enfermeiro e a família, quando se assegura a relação terapêutica efetiva. Nesta fase são definidos os objetivos da visita e o agendamento, de modo a possibilitar o acesso aos membros da família que tenham relação com o motivo da visita. Nesta fase também o enfermeiro deverá rever o prontuário da família e fazer os registros com as informações necessárias àquela situação. Também é relevante considerar os cuidados relativos à segurança do visitador.

Na realidade do nosso Estado (Ceará), como as visitas domiciliárias são realizadas prioritariamente para a população residente em áreas de população de baixa renda e áreas de risco, inclusive de violência, é necessário que este dado seja avaliado pelo serviço e pelo profissional encarregado da visita, criando estratégias para minimizar o problema, tais como fazendo a visita em duplas, com o acompanhamento de algum membro da comunidade ou outras providências.

2ª Fase: Execução da visita ou fase do domicílio: a enfermeira deve começar esta fase com um breve período de conversa social, indagando sobre a família e demonstrando estar informada e interessada pela família. Procurar tratar as pessoas por seus nomes próprios demonstrando respeito[4]. O nome é a marca da pessoa no mundo e nada mais desagradável que codinomes como "mãezinha" "vózinha" e outros que podem ser encarados como depreciativos. Só após este preâmbulo, iniciar efetivamente a visita de acordo com os objetivos traçados.

Este é um momento propício para analisar o ambiente interno e externo da família e as relações entre vizinhos. É o momento crucial para estabelecer uma relação de confiança ou provocar reações não desejáveis da família, como recusa da visita e sentimentos de invasão de sua privacidade. Conhecer a cultura local, buscar informações sobre o ambiente onde vive a família, as redes sociais de apoio poderá ser de grande valia para a consecução dos objetivos da visita.

Esses primeiros contatos poderão provocar situações de estranhamento, perplexidade e sentimentos de recusa, especialmente se a enfermeira não tem vínculo com a comunidade. Na prática disciplinar observamos sentimentos de luto por parte dos acadêmicos durante a VD frente à pobreza e às situações de descuido enfrentadas pela família. É um momento desafiante e promovemos a reflexão buscando estratégias de empoderamento dessas famílias para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, que têm como base, na maioria dos casos, a chamada economia solidária: parental, missionária e apadrinhada.[16]. Também podem ser ativados projetos de desenvolvimento de auto-sustentabilidade.

3ª Fase: Término da visita: quando os objetivos da visita foram contemplados inicia-se esta fase, que poderá ser em apenas uma visita ou em um conjunto de visitas, dependente do caso específico. É importante que sejam revistos os pontos abordados na visita de modo a sanar dúvidas e mal entendidos. A finalidade da visita é proporcionar condições para o autocuidado e a família deverá ter alta de Enfermagem quando a capacidade de se autocuidar nas suas circunstâncias for atingida[4].

4ª Fase: pós-visita: a documentação da visita no prontuário familiar e sugestões para futuras visitas devem ser registradas de forma clara, objetiva de modo a propiciar a todos os membros da equipe de saúde informações fidedig-

nas, atualizadas e identificadas por quem as fez. Cabe lembrar que a família poderá não ser mais alvo do cuidado, mas este poderá prosseguir para um membro isolado. Portanto, é importante a estrutura conceitual que orientará os registros de Enfermagem, se centrado na família ou no indivíduo[4].

Visita domiciliária de intervenção

Esse tipo de visita domiciliária é uma ação determinada por uma necessidade de cuidado em situação de crise ou ineficácia familiar, onde a família não apresenta capacidade suficiente para mobilizar os meios necessários para resolução do problema que a afeta como cuidados contínuos e cuidados paliativos para a morte digna. O evento crise pode ser pontual, mas o que caracteriza a intervenção é a ineficácia da família em lidar com a situação de forma autônoma, afetando seu funcionamento.

Geralmente é realizada para identificar o problema e buscar o atendimento da necessidade geradora do problema como forma de aliviar ou solucionar a tensão gerada. O problema é uma questão cuja resposta se desconhece, mas se deseja conhecer. Surge quando uma pessoa ou coletividade ignora alguma coisa que precisa saber, um obstáculo que se precisa transpor, uma dificuldade que se precisa superar. Sugere, no campo profissional, indicar medidas de cuidados no domicílio ou outros encaminhamentos quando necessários.

O conceito de problema implica em uma necessidade (aspecto subjetivo) e como uma situação conscientizadora (aspecto objetivo) sendo necessário ser problematizado para sua solução. É uma ação de intervir provisoriamente numa determinada situação ou momento de alteração no curso natural de vida das pessoas, objetos ou coisas.

FUNDAMENTOS LEGAIS E ÉTICOS PARA A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIÁRIA

Os profissionais que atuam na atenção básica têm a missão de fazer cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde, compreendido como uma política pública saudável, uma vez que tem como meta uma grande repercussão nas condições de saúde das populações. Mas, para tanto, devem transpor os muros institucionais e ir até os domicílios, porque o objetivo principal da saúde da família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos. É necessário, portanto, que estes profissionais possuam as competências legais e os requisitos necessários para a atuação ética e responsável junto às famílias na prática da VD. Citamos, a seguir, os aspectos que julgamos relevantes para a prática de VD.

Registro Legal (profissional) – permite a uma pessoa oferecer e desenvolver suas capacidades profissionais pela permissão legítima de responsabilidade e imputabilidade, para ingressar no domicílio familiar, e proteger a família e seus membros, pelo estabelecimento de padrões mínimos de garantia de direitos de proteção e privacidade. O exercício profissional exige o amparo legal que define as competências de cada profissão. Assim, a Enfermagem conta com a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem[15].

Registro em prontuário – deve contemplar as informações observadas e ouvidas que expliquem os fatos ocorridos, incluindo-se os incidentes nas relações durante a VD. Em caso de prontuário eletrônico, deve ser mantido em sigilo o código de entrada para possíveis acréscimos de informações, fator determinante numa decisão judicial. O problema de falta de tempo, que tanto tem impedido o registro de forma adequada, pode ser contornado com uma documentação de Enfermagem de modo a retratar com clareza e objetividade a situação da família ou do seu membro visitado.

É importante destacar que o registro é um instrumento legal, podendo, em uma situação de litígio, ser favorável ou não ao profissional dependendo da qualidade de suas informações. Igualmente, o registro deverá servir de fonte de pesquisa o que demonstra a relevância da qualidade dos registros.

Confidencialidade/ética – a definição clássica de confidencialidade é a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a revelação não autorizada. É um dever consciente da necessidade de preservar as informações pessoais e íntimas[18]

O Código de Ética da Enfermagem no capítulo IV – Dos deveres, artigo 29, prevê que o profissional deverá

manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Legislação civil – a obrigação de relatar violência doméstica às autoridades pertinentes e cumprir procedimentos de relato às autoridades em casos de doenças de notificação obrigatória não se aplica ao caso do profissional de saúde na vigência do seu exercício profissional. O Código de Processo Penal Brasileiro, em seu artigo 207 dispõe que "são proibidos de depor as pessoas que, em razão da função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho"[19].

Negligência e imperícia – a omissão de realizar alguma coisa guiada por considerações que regulam os direitos humanos e a bioética, ou seja: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O Código de Ética da Enfermagem em seu artigo 24 prevê como dever prestar à clientela assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.[20]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso, descrevemos os resultados de uma experiência voltada à sistematização da prática da VD, cujo sentido é compartilhar com outros enfermeiros a preocupação em contribuir para que essa ferramenta tenha uma aplicabilidade cotidiana, pontuada em bases científicas e conceituais que fundamentem o cuidado de Enfermagem. Este tipo de proposta é centralizado no cuidado em situações de saúde ou enfermidade considerando o domicílio/casa como unidade do cuidado.

Apresentamos a síntese do nosso pensamento tendo como norte o diagrama que representa os marcos conceituais da visita domiciliária na configuração por nós pensada e aplicada como ação pedagógica no processo formador. A VD na experiência descrita envolve dimensões conceituais consideradas necessárias para sistematização do processo de enfermagem na atenção básica, além do que possibilita evidenciar aspectos mais pragmáticos do cuidado no domicílio, sem negligenciar as dimensões envoltas nas tecnologias leves, consubstanciadas nas políticas humanizaSUS e Acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez JS. Historia de la enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 1999.
2. Rosen G. História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO/UNESP; 1994.
3. Pan American Health Organization. World Health Organization. Family And Health. 44th Directing Council. 55th Session Of The Regional Committee**.** 18 July 2003.
4. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência; 1999.
5. Püschel VAA, Ide CA, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. Rev Esc Enferm USP; São Paulo(SP), 2006, 40(2)261-8.
6. Ferreira, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: nova Fronteira, 1986.
7. Brasil, Constituição Federal. 7ª ed. Revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Revista do Tribunais; 2002.
8. Bachelard G. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes; 2000..
9. Bíblia de Estudo Plenitude. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil; 2001. (Provérbios 24:3)
10. Wringht LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.
11. Hall EJ, Weaver BR. Enfermería en salud comunitária: um enfoque de sistemas. Washington: OPAS/OMS ,1990.
12. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Modelo de enfermagem. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.1995.
13. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
14. Morrison P. Para compreender os doentes. Lisboa: Portugal; 2001.
15. Archer SH, Fleshman R. Los serviçios domiciliarios de enfermería en salud comunitaria. In. Archer SH. ; Fleshman R. Enfermería de salud comunitaría. Modalidades y práctica. Colombia: OPAS; 1977. P. 273-296.

16. Carvalho MCB. A Priorização da família na agenda da política social. In. Kaloustian, SM. Família brasileira: a base de tudo. 3ª ed. São Paulo: Cortez. Brasília: UNICEF; 1998. P. 93-108.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7,498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício a Enfermagem e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da união de 26/06/1986. Seção I, fls 9.273 a 9,275. Disponível em: http://www.cofen.com.br/legislação/17498.htm. [Acesso em 14 jan 2001].
18. Gondi JR. Confidencialidade. Disponível em: http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/textos.htm#. [Acesso em 26 ago 2005].
19. Brasil. Código de Processo Penal. Decreto lei nº 3.689 de 3/10/1941. 14ª ed. São Paulo: Saraiva; 1999.
20. Conselho Regional de Enfermagem-Ceará. Legislação. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 160. de 12 de maio de 1993. Fortaleza: COREn-CE; 1994.

RECEBIDO: 18/06/2007
ACEITO: 08/01/2008

HABILIDADES E ATRIBUTOS DO ENFERMEIRO COMO COORDENADOR DE GRUPOS

NURSES' SKILLS AND ABILITIES AS GROUP COORDINATORS

HABILIDADES Y ATRIBUTOS DEL ENFERMERO COMO COORDINADOR DE GRUPOS

Carla Natalina da Silva Fernandes[1]
Denize Bouttelet Munari[2]
Sônia Maria Soares[3]
Marcelo Medeiros[4]

Coordenar grupos é uma atividade cada vez mais freqüente para enfermeiros, que devem ter conhecimento específico para atingir os objetivos propostos e aproveitar o potencial das pessoas envolvidas. Trata-se de um estudo teórico que tem como objetivo discutir e refletir sobre alguns atributos desejáveis para enfermeiros como coordenadores de grupos, baseado no estudo de Godoy, literatura clássica da Dinâmica de Grupo, e artigos contemporâneos publicados em periódicos nacionais e internacionais especializados. O artigo está organizado em dois momentos, sendo no primeiro apresentadas algumas bases teóricas da coordenação de grupos e, no segundo, os atributos desejáveis ao coordenador. Estes elementos são discutidos como ferramentas para os enfermeiros na condução de grupos com o propósito de realizar atividades de assistência, formação de recursos humanos ou desenvolvimento de pesquisas. A praxis da coordenação envolve um conjunto de habilidades técnicas e científicas, amplo conhecimento das relações interpessoais, autoconhecimento, sensibilidade e criatividade para que a performance dos enfermeiros, de fato, promova o atendimento das demandas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estrutura de grupo; Educação em enfermagem; Recursos humanos em saúde.

Coordinating groups is an activity which is more and more frequent for nurses, who must have specific knowledge to reach the proposed aims and take advantage of the potential of the involved people. This is a theoretical research that aims to argue and to reflect about some desirable attributes for nurses as group coordinators, based on Group Dynamics classic literature by Godoy, as well as on contemporary papers published in national and international specialized journals. The article is organized in two moments: in the first one it presents some theoretical basis of the coordination of groups and in the second, the desirable attributes to the coordinator. These elements are presented as tools for nurses in the group conduction with the purpose of achieving care assistance activities, human resources formation or research development. The coordination praxis involves a set of technical and scientific abilities, large knowledge of the interpersonal relationship, self-knowledge, sensitivity and creativity so that the nurses' performance, in fact, promotes the attendance concerning health.

KEYWORDS: Group structure; Nursing education; Health manpower.

Coordinar grupos es una actividad cada vez más frecuente para los enfermeros, que deben tener conocimiento específico para alcanzar los objetivos propuestos y para aprovechar el potencial de las personas implicadas. Se trata de una investigación teórica que tiene como objetivo discutir y reflexionar sobre algunos atributos deseables en los enfermeros como coordinadores de grupos, basado en el estudio de Godoy, literatura clásica de la Dinámica de Grupo y estudios contemporáneos publicados en periódicos especializados nacionales e internacionales. El artículo está organizado en dos momentos; en el primero se presentan algunas bases teóricas de la coordinación de grupos y, en el segundo, las cualidades deseadas en un coordinador. Estos elementos son discutidos como herramientas aprovechadas por los enfermeros en la conducción de los grupos con el propósito de realizar actividades de asistencia, formación de recursos humanos o para el desarrollo de investigaciones. La praxis de la coordinación implica un sistema de capacidades técnicas y científicas; amplio conocimiento de las relaciones interpersonales, auto conocimiento, sensibilidad y creatividad para que, en efecto, el desempeño del enfermero promueva una mayor atención de las demandas en el área de la salud.

PALABRAS CLAVE: Estructura de grupo; Educacíon en enfermería; Recursos humanos en salud.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Rua 227, quadra 68 s/n. Goiânia – GO. 74605-080. Email: carla_natalina@yahoo.com.br.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Membro Titular da Sociedade de Psicoterapia, Psicodrama e Dinâmica de Grupo (SOBRAP/GO). Rua 227, quadra 68 s/n. Goiânia – GO. 74605-080. Email: denize@fen.ufg.br.

[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, n. 190. Belo Horizonte. 30130-100. Email: smsoares.bhz@terra.com.br

[4] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Rua 227, quadra 68 s/n. Goiânia – GO. 74605-080. Email: marcelo@fen.ufg.br.

INTRODUÇÃO

O ser humano desempenha a maioria de suas atividades em grupos e, desde a sua origem, se agrupa não só visando a defesa dos perigos naturais, mas também para demonstrar o seu domínio e poder sobre outros grupos rivais [1]. Assim, podemos dizer que a sociedade é fortemente influenciada pelo conjunto das relações entre os seres humanos, cuja dinâmica dos processos de interação constituem os pilares que norteiam a convivência das pessoas entre si [2,3].

Na enfermagem essa forma de organização é evidente, pois todo o trabalho é desenvolvido por uma equipe coordenada pelo enfermeiro para a execução de cuidados às pessoas, para os trabalhos educativos com a comunidade e com os profissionais de enfermagem, na passagem de plantão, no processo de educação continuada, entre outras [4]. Além disso, em muitos serviços o enfermeiro ainda coordena equipe de caráter multidisciplinar.

Dessa forma, a compreensão do grupo em todas as suas dimensões exige do enfermeiro mais do que sua intuição. Para entendê-lo e bem utilizar esse recurso em todas as suas possibilidades é fundamental a este profissional aliar conhecimento teórico e vivência, que lhe viabilizem uma atitude assertiva[5,6,7]. Daí também, a necessidade de formação específica do enfermeiro, para que suas ações no cuidado em saúde ao utilizar essa ferramenta sejam de fato eficientes e valorizadas [4].

Um estudo realizado por Godoy[8], mapeou a produção científica nacional sobre as atividades grupais realizadas por enfermeiros, reforçando essa idéia. Ao analisar a tendência dessas publicações, a autora classificou-as em três grupos que descrevem o uso do grupo na assistência, na produção do conhecimento e na formação de recursos humanos [8,9].

No entanto, consideramos que para as intervenções do enfermeiro nos diversos tipos de grupos serem eficientes é essencial uma atitude que decodifique as diferentes necessidades dos participantes do grupo, que faça enquadres técnicos e estruturais específicos de acordo com os objetivos delimitados para as intervenções grupais. Acreditamos que isso requer do profissional, além de conhecimento acerca da dinâmica grupal, o conhecimento do papel do coordenador para conseguir o máximo de desempenho do grupo e explorar o seu potencial para o crescimento e mudança [6].

Assim, neste trabalho partimos do pressuposto que o enfermeiro enquanto coordenador de grupo pode assistir pessoas, desenvolver pesquisa e atuar na formação e gestão de pessoas usando o contexto grupal. Neste sentido, deve se preocupar com aspectos peculiares de modo a garantir sua performance como agente de mudança, na promoção da autonomia e desenvolvimento das pessoas envolvidas no processo.

Dessa forma, o objetivo deste artigo foi discutir e refletir teoricamente sobre alguns atributos desejáveis ao enfermeiro como coordenador de grupo tendo como base o estudo de Godoy[8], o referencial teórico da Dinâmica de Grupo proposto por Kurt Lewin[10] e seus discípulos Cartwright e Zander[1] e Mailhiot[11], para identificar diferentes possibilidades e limitações na coordenação de grupos com várias finalidades.

O artigo foi estruturado em duas partes. Na primeira discutimos sobre os aspectos da coordenação de grupos na perspectiva do referencial adotado e, posteriormente, as habilidades necessárias ao enfermeiro como coordenador de grupos nas diversas situações.

ASPECTOS DA COORDENAÇÃO DE GRUPOS E CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS AO COORDENADOR

A tarefa de coordenar grupos pode colocar as pessoas que exercem o papel de coordenação em situações dilemáticas, quando têm que pensar e agir sobre quais os papéis que devem desenvolver nos grupos, quais características são desejáveis a um coordenador, como enfrentar situações de conflito nos grupos ou ainda em como atuar de maneira autêntica [5,6, 13].

O coordenador deve ter sua ação pautada em um processo de análise que se baseia numa leitura crítica da realidade do grupo no sentido de ajudá-lo a pensar e encontrar suas respostas e construir o seu próprio crescimento, e não de oferecer respostas ou orientações preconcebidas construídas a partir do princípio de que todo grupo é igual. A proposta do coordenador deve proporcionar condições de o próprio grupo encontrar soluções para suas necessidades, ao mesmo tempo em que o orienta e acompanha[5].

Essa perspectiva introduz uma nova compreensão sobre a coordenação de grupos, modifica o eixo de discussão, uma vez que não se trata de estabelecer apenas os "atributos desejáveis" para o bom desempenho deste papel, mas de compreender as funções implícitas no seu exercício [14].

Considerando a importância de entendermos as características do coordenador de grupo, é importante lembrar que não se trata de construir o perfil de um "super-herói" que tudo vê e tudo pode. Na realidade, ao pensarmos suas características, propomos identificar possíveis ferramentas e atitudes que facilitariam o desempenho mais adequado e assertivo desse profissional diante dos grupos humanos e que o levassem ao crescimento e desenvolvimento, inclusive do próprio coordenador.

A atuação do coordenador de grupo pode se amparar em algumas hipóteses sugeridas por Kurt Lewin[10] sobre o funcionamento grupal, quando este afirma que a integração no interior de um grupo só se fará presente quando as relações interpessoais entre todos os membros do grupo estiverem baseadas em comunicações abertas, confiantes e adequadas, e que esta capacidade de comunicação aberta é aprendida, desde que a pessoa tenha disponibilidade e abertura para ser autêntica e honesta nas suas relações [10].

Nenhum grupo mantém um nível estático contínuo de energia, de emoções, de disponibilidade para a execução de dada tarefa, daí a importância do coordenador estar atento ao que ocorre no campo grupal e realizar uma leitura de todo o processo ocorrido, lembrando que nele existem porta-vozes e bodes expiatórios eleitos ou não. A leitura realizada deve ser devolvida ao grupo para a avaliação de suas impressões e possibilitar a reflexão das atitudes dos membros diante das diferentes situações [15].

As escolhas tomadas pelo coordenador para assumir uma postura mais distante ou próxima do grupo, são influenciadas tanto por seus valores pessoais como por sua orientação teórica[1,5]. Assim é importante que ele tenha claro que também é influenciado pelo grupo e por sua história, desejo e ideologia. O coordenador ao abordar um grupo deve considerar que para uma efetiva mudança ocorrer é preciso atuar em todos os níveis e redes de papéis e comunicação, trabalhando como um regulador, que se ampara no processo de auto-regulação já existente no grupo, no sentido de tornar claro aos membros o que ocorre realmente, dando importância aos critérios de relevância para os objetivos previamente determinados no contrato de funcionamento grupal [16].

São desejáveis alguns atributos ao coordenador de grupo, sendo que estes são caracterizados independentemente do tipo de grupo e da complexidade das tarefas realizadas. Não há nessa tentativa o intuito de constituir um padrão ou regra, mas gostar e acreditar no grupo parece ser o primeiro atributo necessário por facilitar o processo de satisfação grupal e do próprio coordenador[17]. A atenção aos movimentos e diversos níveis da comunicação, discriminando o que é inerente a um membro ou a outro, o que é realidade e o que é fantasia, presente e passado é outro atributo indispensável. Isso auxilia o coordenador na leitura apurada do processo grupal, diferenciando inclusive necessidades e temores que lhes são próprios, daqueles que pertencem aos membros do grupo [17].

Essa leitura lhe permite ainda atuar em duas perspectivas: uma que atinge o grupo e outra o indivíduo. Dessa complexa relação nasce o movimento e a arte da coordenação e, nesse processo de descoberta e criação, o coordenador é privilegiado por ter condições de auxiliar o grupo a distinguir o que é real e o que não é [18]. O essencial é que o coordenador aprenda a escutar o grupo desenvolvendo a interpretação do processo, a partir do que dizem e fazem os integrantes do grupo, atento para não acrescentar elementos novos e sem evidências.

Outro atributo que merece destaque é a capacidade de envolvimento, estudo e desenvolvimento pessoal do coordenador. Esse é alcançado com direcionamento na sua formação específica, que deve integrar atividades de caráter teórico-vivencial, incluindo sua própria análise em contexto grupal, que lhe permita conhecer de perto os fenômenos grupais, o que lhe dá capacidade para o domínio e condução desses fenômenos, quando à frente do grupo. Consideramos esse atributo de extrema importância, haja vista a responsabilidade do coordenador em analisar a dimensão da sua liderança e o que ela pretende alcançar, evitando manipulações ou ainda não atendendo as necessidades do próprio grupo[5].

O papel do coordenador então é intervir, lidando com a dialética dos elementos grupais, trazendo-os para uma dimensão comum em que todos tenham acesso às questões

que estão ocorrendo no universo grupal, que antes permaneciam obscuras ou eram evitadas pelo grupo[5]. Quando o coordenador faz essa intervenção deve ter clareza de que o processo de comunicação é recebido de modo diferente pelos indivíduos e que cada ação e interação estabelece a atitude, o papel e o relacionamento no grupo, assim como os processos históricos dos membros se agregam para a formação da história grupal. Com isso o coordenador percebe maneiras adequadas de como realizar intervenções pertinentes no grupo, ajudando os integrantes a conhecerem suas dificuldades e agirem diante das mesmas.

Um atributo sinalizado por Maré[19] diz respeito à necessidade de uma visão panorâmica que integre as dimensões do contexto filosófico, sociológico, antropológico e psicológico que interferem na dinâmica de qualquer grupo quando em interação. Estas permeiam o universo das relações humanas e influenciam continuamente a convivência nos grupos, definindo o significado de estar no grupo, suas regras, códigos sociais, valores, tabus, desejos, além do padrão de interação influenciado pelo clima psicológico estabelecido.

O grupo pode então ser considerado um espaço de experimentação da consciência, do sentimento e da ação auto-motivada, na medida em que pode ser um espaço para o ajustamento criativo e para o crescimento pessoal do participante. Por outro lado, o grupo pode também ser um espaço propício à afirmação e à vivência intensiva das "identificações" e "alienações", pois a pessoa pode potencializar no grupo o seu desejo de mudança ou ainda perceber que ela é necessária. Assim, se manifesta como um espaço de encontro e confronto com a diferença de múltiplas formas: diferenças físicas e comportamentais de outras pessoas, diferença de perspectivas existenciais, de valores, de modos de ser, de questões existenciais, a diferença do coletivo grupal em seu conjunto [5, 20].

A COORDENAÇÃO DE GRUPOS NOS DIVERSOS CONTEXTOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Para a construção da reflexão proposta nesta parte do artigo, partimos do trabalho de Godoy[8] por se constituir em um documento que mapeou por meio de pesquisa bibliográfica sistematizada, a produção científica nacional divulgada em periódicos entre 1980 a 2003, sobre as atividades grupais realizadas por enfermeiros, categorizadas pela autora em três grandes grupos que versam sobre o uso do grupo para a produção de conhecimento, como recurso na assistência e na formação de recursos humanos em enfermagem. Assim, partimos dessa classificação para a discussão de atributos desejáveis ao enfermeiro quando desempenha o papel de coordenador em grupos com essas características.

O grupo como recurso na produção do conhecimento: aspectos fundamentais para o coordenador

Segundo Godoy[8] os artigos selecionados para essa categoria compreendem estudos teórico-técnicos aplicados no cotidiano da prática assistencial, da pesquisa, da formação e do processo de avaliação/validação do uso da estratégia grupal e ainda seu uso na coleta de dados de pesquisa. A autora verificou que poucos artigos referem-se aos aspectos teóricos/técnicos que envolvem o funcionamento grupal e, portanto, a sua otimização para a garantia de melhor eficiência e desempenho do grupo, como também a potencialização de seu valor terapêutico.

Estes aspectos estão relacionados, por exemplo, à organização do espaço físico e estrutura adequada para seu funcionamento, que são de responsabilidade exclusiva do coordenador e tão importantes quanto o conteúdo que o grupo trabalha, pois as condições espaço-temporais funcionam como a base da intervenção no grupo [4,5,15,18].

Outro ponto igualmente importante diz respeito ao preparo específico do coordenador para o manejo de situações grupais que envolvam a expressão de sentimentos tais como, choro, silêncio, interpretação das falas, entre outros. Quando o uso do grupo está focado na realização de pesquisas, por exemplo, nem sempre o pesquisador que dirige a coleta de dados dispõe de formação para o manejo da dinâmica grupal. Nesse caso é fundamental que o pesquisador possa contar com parceria de um *expert* para o desenvolvimento do trabalho, especialmente por ser este um fator essencial desde a gênese do estudo à condução ética, responsável e comprometida com o grupo envolvido na investigação, de modo a respeitar seus limites e ficar atento às suas necessidades, para além dos seus objetivos específicos de pesquisa[16].

O estudo de Munari et al[21] aponta que ao utilizar o grupo como técnica de investigação, o pesquisador deve focalizar a pesquisa no contexto grupal, sendo fundamental a observação dos pressupostos da dinâmica de grupo, não para torná-los o foco da pesquisa, mas como fatores que podem interferir no resultado da mesma. Nesse sentido, o pesquisador devidamente munido desse conhecimento tem maiores condições de garantir a consistência e fidedignidade de seus dados, bem como atingir os objetivos de sua investigação.

A leitura ou interpretação da produção do grupo, da mesma forma, deve ser tomada sempre na perspectiva do coletivo, levando em conta o movimento grupal, que é aspecto altamente relevante dependendo do objeto de estudo recortado como foco da investigação. A negligência desse detalhe pode limitar a visão do pesquisador sobre o tema estudado e comprometer os resultados do estudo. Essas situações comprometedoras ocorrem quando o pesquisador ignora respostas do grupo que envolvem emoções e sentimentos que não são parte do objeto da pesquisa em que o grupo é alvo.

A assistência no contexto grupal: atributos do coordenador

A utilização de grupos na assistência é dirigida às muitas atividades realizadas no âmbito da saúde, que vão desde ações de promoção até às de reabilitação de pessoas[3,4,8]. Os cenários e a clientela atendida por meio desse recurso são diversos, compreendendo desde espaços estruturados e especificamente organizados para o atendimento grupal, até locais improvisados ou adaptadas temporariamente para abrigar o atendimento.

No estudo de Godoy[8] fica evidente o potencial do grupo para ações que tenham como objetivo o alcance da consciência crítica e transformadora do sujeito diante da sua responsabilidade para com a sua saúde, objetivo da maioria dos grupos que são realizados no intuito do atendimento de necessidades de saúde das pessoas.

Ao coordenador é fundamental, além de aspectos já mencionados relativos aos aspectos estruturais e funcionais, a noção do impacto da ação de um indivíduo sobre o outro que determina o comportamento de grupo. Quando vários indivíduos experimentam as mesmas emoções, sentimentos e percepções no contexto do grupo as trocas são intensas e permitem a integração entre essas pessoas, que finalmente atingem um grau de coesão que é um fenômeno capaz de promover mudanças [10,11].

Por essa razão é fundamental ao coordenador a reflexão sobre a estratégia a ser utilizada com o grupo, o planejamento, o modo como inicia e termina um grupo, com vistas a respeitar os fundamentos da dinâmica grupal, não interrompendo fases do grupo ou manipulando emoções e ações dos membros no grupo [4,5,10,11,20]. Esses aspectos aliados ao conhecimento dos fenômenos grupais permitem ao coordenador desenvolver todas as potencialidades dos indivíduos e do próprio grupo, obtendo como resultado um grupo cada vez mais sensível e complexo na interação e comunicação grupal [5, 20].

Um aspecto discutido por Godoy[8] , Silva et al[22], Almeida[23] e Jacobina [24] diz respeito ao equívoco de alguns profissionais que ao realizarem palestras ou atividades educativas para várias pessoas ao mesmo tempo, caracterizam esse atendimento como trabalho com grupos sem contextualizar o campo grupal propriamente dito. Na realidade, o que acontece na maioria dos casos é que os profissionais utilizam o espaço coletivo para atender pessoas, mas não em interação. Esse movimento leva à banalização do uso de técnicas grupais, muitas vezes utilizadas como "brincadeirinhas" ou recurso para distrair o grupo. Nesse sentido, a técnica é usada como um instrumento mecânico, não se presta senão para a manipulação da situação quando deveria ser utilizada como uma real necessidade do momento de um grupo [4,5,9,14,20].

Devemos levar em conta ainda quando trabalhamos no contexto da atenção básica que é primordial ao coordenador o conhecimento da clientela em todas as suas dimensões, de modo a valorizar costumes, regras sociais, cultura local, saberes, entre outros aspectos que nos servem de guia para garantir a preservação do espaço coletivo e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos[19,22].

Quando o uso do grupo é dirigido ao atendimento de pessoas que necessitam de apoio emocional para o enfrentamento de situações adversas, os atributos esperados do coordenador devem ser baseados em domínio teórico-técnico, uma vez que nesses casos é comum a mobilização de medos, expectativas, sonhos e emoções. Grupos com essa finalidade necessitam coordenadores com preparo específico para

os aspectos técnicos do manejo grupal, bem como de preparo emocional, autoconhecimento, sensibilidade e intuição [4,17,20].

Independente da corrente teórica que orienta o fazer do coordenador, o preparo pessoal para o trabalho grupal parece indispensável e necessário. Alguns autores destacam também a importância de um trabalho de co-coordenação no manejo de grupos com essa característica, de forma a tornar a abordagem do grupo mais segura e atenta às necessidades do grupo, mas também às emergências de membros individualmente [4,14,20].

Finalmente destacamos que, o uso do grupo como recurso para assistir pessoas é tão antigo quanto o próprio desenvolvimento humano no cuidado com o outro [2,4]. Porém é essencial que, para além dos aspectos de estrutura na composição do grupo, especial atenção seja dada às dimensões psicológica, filosófica, antropológica e social que permeiam o campo grupal [25]. Com a visão expandida para além das aparências o coordenador tem melhores condições de mapear as necessidades e potencialidades do grupo e assim, abrir espaço para seu crescimento e mudança.

Atributos do coordenador de grupo na formação de recursos humanos

As qualidades necessárias ao coordenador que usa o grupo no contexto da formação de pessoas não diferem daquelas até aqui enunciadas. Godoy [8] ao fazer o agrupamento de artigos que formaram a terceira categoria do seu estudo, congregou trabalhos que utilizaram o grupo na formação de recursos humanos em treinamentos, sensibilização e na educação continuada de profissionais ligados à assistência e também como recurso didático-pedagógico no ensino de graduação em enfermagem. Foi destaque a exploração de experiências que relatavam a aplicação do recurso grupal no ensino, em particular na graduação em enfermagem e na educação continuada de profissionais de saúde.

Godoy[8] destaca a aplicação do grupo como estratégia didático-pedagógica, apresentada para descrever novas estratégias de ensino e seus benefícios, bem como experiências de docentes e discentes sobre a utilização do grupo no ensino, em diferentes perspectivas, seja por meio do grupo operativo, do psicodrama, da educação de laboratório, técnicas de dramatização [8,9].

A identificação de iniciativas que incluem no ensino de graduação o aprendizado da coordenação de grupos aponta que, de certa forma, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem[26] estão sendo implementadas, no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades para o trabalho coletivo. A utilização de estratégias focalizadas no enfoque grupal facilita a integração e o aprendizado de aprender a conviver, aprender a ser e a estar junto do outro, características inerentes ao trabalho no contexto da atenção básica[27].

Destacamos que os atributos necessários ao coordenador de grupos que atua no processo de formação de pessoas, além daqueles já discutidos nos itens anteriores, são relacionados, sobretudo, à postura do coordenador/educador. Estes indicam a necessidade do estabelecimento de uma relação ancorada na competência e atitude para criar, com o grupo, um clima de confiança para permitir a construção do conhecimento a partir dos elementos disponíveis no próprio grupo.

Nesse caso, o coordenador/professor não pode ser considerado a única fonte do saber, ao contrário, deve ser um facilitador do desenvolvimento coletivo, apontando os limites do aprendizado, o potencial para crescimento e mudança, além de oferecer oportunidade de aperfeiçoamento técnico, atitudinal, científico e emocional [27]. É essencial à facilitação do processo de transformação dos membros do grupo que o coordenador/professor se comprometa com a ampliação de seu olhar para o papel, que desempenha, iniciando esse processo pelo autoconhecimento. Nesse sentido, os atributos do profissional são construídos a partir de uma revisão de suas posturas, idéias, sentimentos e valores para renovar sua maneira de ensinar e aprender, tendo em vista que a educação acontece em duplo sentido[27, 28, 29, 30].

Nesse processo, a comunicação é ferramenta indispensável ao coordenador que deve compreendê-la no contexto do grupo e vislumbrada para além do que é dito ou explícito verbalmente [1,10,11]. A identificação dos processos de bloqueios, ruídos e filtragens da comunicação intragrupo[11] amplia o olhar do coordenador para diagnosticar situações de conflito ou dificuldades do grupo, melhorando sua capacidade de ajudar o grupo a superar limites e aperfeiçoar as relações interpessoais. Quando a comunicação é foco de observação e atenção do coordenador possibilita ao grupo o aprendizado da autenticidade, da clareza e objetividade, o que facilita os

processos de mudança e a maturidade na convivência nos grupos humanos[11].

Considerando que para a formação de profissionais de saúde é esperado o desenvolvimento de habilidades técnicas e interacionais, é fundamental ao coordenador/professor o domínio da dinâmica das relações estabelecidas nos grupos pelos quais é responsável, para que este perceba as tênues diferenças entre as necessidades de cada membro e a necessidade do grupo. Isso conduz a ação do coordenador/professor que pode ser capaz de individualizar o ensino, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro como agente de transformação nos cenários de saúde, gestão, educação e pesquisa, é essencial para tornar realidade as políticas públicas de saúde e educação. Sendo que à medida que o seu saber no campo da coordenação grupal se amplia, ele tem melhores condições de tornar suas ações mais efetivas, tendo em vista que atua na maior parte do tempo com grupos humanos.

A análise do estudo de Godoy[8] nos permitiu confirmar que cada vez mais, os enfermeiros estão envolvidos em atividades que têm o grupo como ferramenta e a relevância de estar instrumentalizado para usar esse recurso com segurança e sabedoria. Nesse caso, reforçamos a idéia de que este profissional, além do conhecimento específico na área em que atua, deve ter domínio de fundamentos da dinâmica de grupo e da coordenação, além de amplo investimento no seu autoconhecimento.

A realização do estudo permite-nos também afirmar que a má utilização desse recurso pode causar danos aos participantes e ainda levar à banalização desta ferramenta tão importante. A coordenação de grupos não pode ser concebida a partir de um guia único, pois cada grupo tem características específicas e merece ser coordenado de acordo com seus objetivos e necessidades, o que exige maior esforço do coordenador.

A articulação do trabalho de Godoy[8] com experiências de outros estudiosos na temática e nossas próprias vivências na coordenação de grupos no âmbito da pesquisa, formação de recursos humanos e na assistência, revela as peculiaridades de cada um desses cenários no que tange à coordenação grupal. Os aspectos relacionados à estrutura e funcionamento grupal, de modo geral são diretrizes indispensáveis ao profissional que atua como coordenador, porém a sua formação e experiência pessoal é ingrediente essencial no processo de condução do grupo, o que pode gerar crescimento e mudanças.

O coordenador que atua com segurança e confiança na sua competência técnico-interacional permite aos membros do grupo uma ação cada vez mais independente, autônoma e reflexiva. Esse é exatamente o elemento que é capaz de fazer grandes transformações na ação do profissional, bem como das pessoas com quem interage.

Os aspectos discutidos neste artigo servem de alicerce para diferentes áreas do conhecimento que não só a enfermagem, por ser o grupo uma ferramenta universal e utilizada pelo homem há muito tempo. A formação do coordenador de grupos requer desenvolvimento teórico, pessoal, maturidade e muita crença no ser humano em interação.

Ressaltamos a importância da inclusão desse conteúdo na formação do enfermeiro ainda na graduação em enfermagem. Embora as novas diretrizes curriculares de graduação em enfermagem [26] já apontem esta necessidade, a transformação desta realidade nos projetos político-pedagógicos das instituições acadêmicas ainda é lenta, principalmente, porque requer que os docentes também busquem formação em coordenação de grupos [27].

Esperamos que este trabalho seja instrumento de sensibilização para a mudança na prática de enfermeiros da assistência, gestores, docentes e pesquisadores para que possamos dar um salto em qualidade no que diz respeito à utilização do recurso grupal nas atividades dos enfermeiros no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Cartwright D, Zander A. Dinâmica de grupo: pesquisa e teoria I e II. São Paulo: EPU/EDUSP; 1975.
2. Anderson WA, Parker FB. Uma introdução à sociologia. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
3. Osório LC. Grupos: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
4. Munari DB, Furegato AR. Enfermagem e grupos. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2003.
5. Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. Rev Eletrônica Enfermagem, 2006 set/dez; 8(1):150-61.

6. Burlingame GM, Earnshaw D, Ridge NW, Matsumo J, Bulkley C, Lee J, et al. Psycho-educational group treatment for the severely and persistently mentally ill: how much leader training is necessary? Int J Group Psychother, 2007 Apr; 57(2):187-218.
7. Merkling J. Group therapy activities and the nursing intention. Soins Psychiatr, 2007 Jan-Feb; (248):41-5.
8. Godoy MTH. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2004. 126f.
9. Godoy MTH, Munari DB. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. Rev Latinoam Enfermagem, 2006 set/out; 14(5): 786-802.
10. Lewin K. Problemas de dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix; 1948.
11. Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos. São Paulo: Duas Cidades; 1981.
12. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
13. Fernandes CNS. O enfermeiro como coordenador de grupos: contribuições da dinâmica de grupo. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2007.
14. Andaló C. Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora; 2006.
15. Bond R. Group size and conformity. Group Process & Intergroup Relations, 2005 Oct/Dec; 8(4):331-54.
16. Nathan V, Poulsen S. Group-analytic training groups for psychology students: qualitative study. Group Analysis, 2004 Feb; 37(2):167-77.
17. Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
18. Corey MS, Corey G. Group: process and practice. New York: Wadshorth Publishing; 2001.
19. Maré PB. Perspectivas em psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
20. Munari DB, Motta KAMB, Padilha GC, Medeiros M. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. Rev Enfermagem UERJ, 2007 jan/mar; 15(1): 107-12.
21. Munari DB, Esperidião E, Medeiros M. A utilização do grupo como técnica de pesquisa. In: Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE): a pesquisa no espaço da enfermagem: multiplicidade e cumplicidade; 2001 maio 27-30; Belém(PA), Brasil. Belém: ABEn; 2001. CD-ROM.
22. Silva ALAC, Munari DB, Lima FV, Oliveira WS. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. Rev Enfermagem UERJ, 2003 jan/abr; 11(1): 18-24.
23. Almeida SP. A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
24. Jacobina SM. Atividades educativas e grupais realizadas por enfermeiras em Campinas_SP. [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas; 2007.
25. Liebkind K, Nyström S, Honkanummi E, Lange A. Group size, group status and dimensions of contact as predictors of intergroup attidudes. Group Process & Intergroup Relations, 2004 Apr; 7(2): 145-59.
26. Ministério da Educação e Cultura(BR). Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF); 2001. [online]Di. [acesso 2002 jun 13]. Disponível em: URL http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/113301EnfMedNutr.doc>.
27. Munari DB, Fernandes CNS. Coordenar grupos: reflexão à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Rev Gaúcha Enfermagem, 2004 jan/mar; 25(1): 26-32.
28. Munari DB, Merjane TVB, Cruz RMM. A aplicação do modelo de educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro. Rev Enfermagem UERJ, 2005 jul/set; 13(3): 263-9.
29. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
30. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1999.

RECEBIDO: 07/08/2007
ACEITO: 11/12/07

A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL (CAPS): REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL*

THE INSERTION OF THE NURSE IN THE PSYCHOSOCIAL SUPPORT CENTER OF (CAPS): REFLECTING ON THE PROFESSIONAL PRACTICE

LA INSERCIÓN DEL ENFERMERO EN EL CENTRO DE APOYO PSICOSOCIAL (CAPS): REFLEXIONANDO ACERCA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Adriano Rodrigues de Souza[1]
Ana Roberta Vilarouca da Silva[2]
Camilla Pontes Bezerra[3]
Violante Augusta Batista Braga[4]

Estudo reflexivo que objetivou analisar a prática do enfermeiro do CAPS, buscando-se um paralelo entre as experiências já relatadas e presentes na literatura e os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Para orientar esta reflexão tomamos por base o relato da experiência de um dos autores sobre a sua prática profissional como enfermeiro de um CAPS de Fortaleza-CE, fazendo-se um paralelo com outras já relatadas e presentes em publicações constantes nos bancos de dados da Bireme. Com base em nossa análise foi possível constatarmos a existência de dificuldades do enfermeiro se inserir e de identificar o seu papel/função dentro dos novos serviços, possivelmente devido à não apreensão dos novos preceitos da atenção em saúde mental. Consideramos, ainda, que muito tem a ser feito e transformado na prática em saúde mental, exigindo o engajamento dos vários segmentos sociais na construção de uma rede de atenção que atenda a nova ordem de preceitos e de demandas emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Enfermeiros; Enfermagem psiquiátrica; Centros Comunitários de Saúde Mental; Prática profissional.

The aim of this reflexive study was to analyze the practice of the nurse from CAPS, tracing a parallel between the experiences already related and present in the literature and the rules of Psychiatric Reformation. This reflexion was based on one of the authors' experience reports about the personal professional practice as a nurse from a CAPS in Fortaleza-CE. It was traced a parallel with others already related and present in publications from Bireme data-bank. Taking our analysis into consideration, it was possible to ascertain the existence of difficulties for the nurse to introduce and identify their role/ function in the new services, what is probably due to the non-assimilation of the new rules about mental health attention. We also consider that a lot has to be done and transformed in the mental health practice, what demands the engagement of the various social segments in the construction of an attention net that meet the new order of emotional rules and demands.

KEYWORDS: Mental health; Nurses; Psychiatric nursing; Community Mental Health Centers; Professional practice

Estudio reflexivo cuya meta fue analizar la práctica del enfermero del CAPS, buscando un paralelo entre las experiencias ya relatadas y presentes en la literatura y los preceptos de la Reforma Psiquiátrica. Para orientar este pensamiento tomamos por base el relato de la experiencia de uno de los autores sobre su práctica profesional como enfermero de un CAPS de Fortaleza-CE, haciendo un paralelo con otras ya relatadas y presentes en publicaciones constantes en los bancos de datos de Bireme. Basados en nuestro análisis fue posible constatar la existencia de dificultades del enfermero para inserirse y de identificar su papel/función dentro de los nuevos servicios, posiblemente debido a ausencia de percepción de los nuevos preceptos de la atención en salud mental. Consideramos, también, que hay mucho que hacer y transformar en la práctica en salud mental, lo cual exige el comprometimiento de los diversos segmentos sociales en la construcción de una red de atención que asista la nueva orden de preceptos y de solicitudes emocionales.

PALABRAS CLAVE: Salud mental; Enfermeros; Enfermería psiquiátrica; Centros Comunitarios de Salud Mental; Práctica profesional.

* Artigo desenvolvido na disciplina de Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

[1] Enfermeiro da Secretaria de Saúde; Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, endereço: Rua Vinicius de Moraes, 211 – Aptº 271, São Gerardo, CEP: 60325-120, e-mail: adrianorsouza@gmail.com

[2] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: robertaufc@yahoo.com.br

[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: camillaenfermagem@yahoo.com.br

[4] Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: vivi@ufc.br

INTRODUÇÃO

A enfermagem moderna tem como marco fundamental de sua estruturação a concretização da Escola Nightingale, que iniciou seu funcionamento em meados de 1860 em Londres. Esta escola surge com duas características do emergente sistema capitalista: a reprodução da divisão do trabalho e a utilização de mulheres em atividades que exigiam pouca qualificação[1].

A partir deste fato a enfermagem concretiza-se como profissão e inicia sua prática de cuidar estruturando-se como prática social, construída historicamente e, como tal, influencia e é influenciada pelo contexto ao qual está inserida. Desse modo, o profissional de enfermagem insere-se no modelo de atenção à saúde vigente, influenciando também nas transformações e na constituição de políticas públicas de saúde que atendam as demandas da sociedade.

Como área específica e parte de um todo da profissão, a enfermagem psiquiátrica surgiu juntamente com a psiquiatria, participando da organização dos espaços institucionais de atenção ao alienado ou doente mental. Essa junção origina a estruturação do hospício enquanto espaço de acolhimento e tratamento do louco, sendo o profissional de enfermagem o responsável pela aplicação da propedêutica definida pelo médico e pela manutenção da higiene e ordem no ambiente[1].

Considerando-se os moldes como se inicia a atenção ao doente mental no Brasil, o hospício torna-se espaço de segregação, isolamento, exclusão e observação do doente em suas manifestações da loucura, favorecendo, por um lado, a "limpeza" dos espaços sociais e, por outro, o desenvolvimento da ciência, notadamente da psiquiatria, como campo de conhecimento específico da medicina.

Baseando-se nos fatos acima é possível imaginar porque a enfermagem psiquiátrica caracterizou-se por conter, isolar e, fundamentalmente, medicalizar o paciente psiquiátrico, como forma ideal de sua assistência.

O Hospício Pedro II foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, dando início à internação dos doentes mentais, embora ainda não existisse, no país, médicos psiquiatras, o que só ocorreu em 1887 quando João Carlos Teixeira Brandão torna-se o primeiro alienista com formação específica[2].

Desde seu início, a atenção em saúde mental no Brasil teve um caráter hospitalocêntrico, centrando no hospital toda a assistência prestada ao doente mental. Ao longo da história muitos foram os movimentos, ao nível mundial, de se repensar a loucura e suas instituições e algumas transformações foram feitas. Exemplo disto é a criação, nos Estados Unidos, França e Inglaterra, de serviços assistenciais na comunidade; os italianos deram ênfase à necessidade de desmontar os manicômios, subvertendo sua lógica de funcionamento[3].

A Reforma Psiquiátrica, hoje em andamento no Brasil, tem sua inspiração no movimento italiano, orientando-se pela lógica da desinstitucionalização e criação de novos saberes e práticas que atendam ao paradigma da existência sofrimento da pessoa em seu corpo social[3]. Ao produzir um novo espaço social para os indivíduos considerados loucos, a Reforma objetiva transformar o imaginário social, isto é, as representações, os pré-conceitos que a sociedade tem sobre a loucura, para tanto é preciso transportar a loucura para fora dos muros institucionais, promovendo mudanças no interior da sociedade, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizantes[4].

A partir de então, inicia-se a transição entre uma prática de cuidados hospitalares que visava a contenção do comportamento dos doentes mentais e a incorporação de princípios que buscam adequar-se a uma prática interdisciplinar, que passe a valorizar o modo como a pessoa expressa seu sofrimento mental[1].

No Brasil, esta transição começa a ser discutida no final da década de 1970, inspirada nas denúncias da precariedade da assistência, concentrada no hospital e em sua lógica de exclusão, abandono e violência e na insatisfação dos trabalhadores da área com as condições de trabalho[5]. Daí emerge o movimento que se tornou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem como uma das marcas distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco[6].

Para contemplar esta ânsia de mudança na assistência psiquiátrica, surgem os novos serviços de saúde mental substitutivos ao hospital do tipo Hospital - Dia, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Lares Abrigados, entre outros. Esses novos serviços procuram reverter antigas práticas de assistência e buscam apontar novas referências de atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais, atuando junto a uma equipe interdisciplinar (médico, enfermeiro,

assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga e etc.), com prática assistencial diferenciada que visa o regaste da cidadania e a inserção social da pessoa em sofrimento mental na comunidade à qual pertence.

Dentre estes novos serviços, o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) surge como um espaço de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede de atenção à saúde mental. Pensado como um local adequado para acolher e tratar a pessoa em sofrimento mental, este serviço procura articular práticas já instituídas da psicoterapia, individual e de grupos, uso de psicofármacos, associadas a outras de valorização do paciente, ultrapassar os espaços internos e construir uma idéia de tratamento coletivo entre profissionais, família, sociedade e paciente[7].

É neste novo espaço físico de assistência que o enfermeiro é inserido para desenvolver suas atividades na área da saúde mental. Porém, este fato coloca-se à frente de alguns questionamentos que se constituem na problemática desse estudo: como o enfermeiro vem conseguindo se inserir nesse novo serviço e que contribuição tem trazido para a construção de nova prática profissional que tem por base os preceitos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, em implantação. Desse modo, objetivou-se com o presente estudo refletir sobre a prática do enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tomando por base os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Esta reflexão terá por base a descrição das atividades desenvolvidas por nós, enquanto enfermeiro do serviço, buscando-se um paralelo entre as experiências já relatadas e presentes na literatura, tendo como referencial os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Por ser uma prática nova e, ainda, em processo de construção, acreditamos estar contribuindo com esta discussão e com a construção de novos saberes e práticas na área de saúde mental. Acreditamos, também, que ao refletirmos sobre essa prática estamos acrescentando elementos novos para a concretização da Reforma Psiquiátrica e para a prática profissional do enfermeiro da área.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma reflexão sobre a prática do Enfermeiro no CAPS, tendo por base os preceitos do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para orientar esta reflexão tomamos por base o relato da experiência de um dos autores sobre a sua prática profissional como enfermeiro de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Município de Fortaleza-CE, o qual descreveu seu papel enquanto membro de uma equipe interdisciplinar de saúde mental. Procuramos, ainda, aproximar a prática descrita com outras já relatadas e presentes em publicações constantes nos bancos de dados da Bireme (LILACS, MEDLINE, SCIELO), o que resultou na identificação de sete (7) trabalhos disponibilizados na íntegra[1, 4,5,6,8,9,10].

De posse da literatura selecionada, prosseguimos com a leitura e fichamento dos artigos, o que possibilitou uma análise crítica do material disponível, onde buscamos identificar o modo de inserção do enfermeiro nos novos serviços de saúde mental, de acordo com as experiências relatadas.

Na fase de análise, procuramos fazer a aproximação entre a prática do enfermeiro descrita nas publicações identificadas e analisadas e aquela vivenciada no CAPS por nós, tomando-se por base os preceitos do processo de Reforma Psiquiátrica. Utilizamos, no processo de análise, também, outras literaturas relativas à saúde mental e a psiquiatria.

A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO (A) NOS CAPS: A PRÁTICA QUE SE VEM CONSTRUINDO

Com o processo de implantação dos novos serviços de saúde mental, a equipe de saúde mental adquiriu um novo espaço de atuação, porém, para isso se faz necessária a construção de um novo saber, partindo da necessidade de se constituir uma nova prática de assistência, baseada em um novo paradigma e, consequentemente, em nova forma de perceber e atuar.

A enfermagem psiquiátrica, no Brasil, sempre foi fundamentada na assistência ao doente mental, baseada na aplicação de procedimentos restritivos e segregadores, oriundos de uma clínica psiquiátrica hegemônica, que visava, entre outras coisas, a manutenção da ordem dentro do espaço asilar. Para que o enfermeiro consiga inserir-se no novo contexto assistencial é necessário que haja a apreensão de conteúdos específicos e adequação de novas formas de intervenção, condição essa nem sempre contemplada somente com o curso de graduação.

Outro fato importante que se deve analisar na inserção do enfermeiro nos novos serviços, notadamente no CAPS, é que os profissionais de enfermagem são capacitados com ênfase no desempenho de atividades instrumentais (aplicação de injeção, administração de medicamentos, realização de curativos, entre outras), limitando-se a habilidades técnicas ou tecnicistas. Embora o cuidar tenha por referência o outro, pouca ou nenhuma importância se dá ao processo de comunicação e de interação com a pessoa assistida. Essa lacuna na formação vai refletir-se, principalmente, quando a relação com o outro é o principal instrumento de intervenção no processo de assistí-lo em seu sofrimento psíquico.

Concordamos com a afirmativa de que há a necessidade de uma formação específica para aqueles profissionais que desejam atuar na área de saúde mental, algo que vá além do que foi contemplado no curso de graduação em enfermagem, notadamente a habilidade específica do relacionamento terapêutico, por exigir um maior aprofundamento [8].

Mesmo sendo a saúde mental uma área especifica, acreditamos que os profissionais da saúde precisam ter formação básica generalista que ofereça, pelo menos, condições mínimas de assistirem as pessoas de modo holístico. É comum nos depararmos com comentários de profissionais que relatam falhas no processo de formação, onde alguns conteúdos não são abordados ou são contemplados superficialmente[5].

Corroboramos com a idéia de que a instituição formadora deve considerar todas as nuances que levem à formação integral do profissional, colaborando na construção das competências individuais, de acordo com o perfil profissional desejado. No caso da enfermagem, as diretrizes curriculares definem que o enfermeiro deve ter uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, devendo receber qualificação para o exercício profissional com base no rigor científico e intelectual, sendo pautado nos princípios éticos.

A partir desta conjuntura de formação e da exigência da implementação de uma nova prática, agora baseada em um novo paradigma é possível percebermos porque o enfermeiro tem dificuldade de se inserir e de identificar o seu papel/função dentro dos novos serviços de saúde mental. A prática a ser desenvolvida agora requer, do profissional, a introdução de novos instrumentais para desenvolvimento de um projeto terapêutico individualizado, condição, nem sempre, presente no profissional. Além disso, nessa nova perspectiva, a atenção dever ser desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, onde os diversos saberes e práticas se colocam em função de um plano de atenção único.

Com o desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares na rede de atenção em saúde mental, faz-se necessária uma avaliação qualitativa da formação dos enfermeiros que já atuam na área, com o objetivo de detectar possíveis deficiências ou insuficiências oriundas de uma formação universitária inconsistente.

Mesmo considerando-se que os cursos de graduação em enfermagem têm como diretriz a formação de profissional generalista, requerendo, para isso, que sejam contemplados em seus projetos pedagógicos conteúdos teórico-práticos relativos à saúde mental, nem sempre isto acontece, deixando lacunas no processo ensino-aprendizagem.

Em pesquisa nas grades curriculares dos cursos de enfermagem no Ceará, foi detectado que, em sua grande maioria, os Cursos dão ênfase ao conteúdo teórico, relativo às manifestações psicopatológicas, visando preparar o aluno para uma atuação de acordo com a prática hegemônica do modelo biomédico, voltado à psiquiatria clínica[13].

Podemos levantar a hipótese de que a migração do enfermeiro para serviços burocráticos, em detrimento do cuidado direto ao paciente, pode estar associada, entre outras coisas, a pouca habilidade do profissional em desenvolver sua prática na área[9].

Mesmo que as ementas de disciplinas de alguns Cursos de Graduação em Enfermagem apontem para essa realidade, não se pode generalizar a afirmação acima, pois estudos demonstraram que alguns profissionais conseguem se inserir com facilidade, centrando suas ações em atividades que atendam ao que prevêem as novas estruturas de atenção, quer de caráter grupal ou individul[9].

Não é de se estranhar que, pela falta de capacitação geral adequada, de identificação com área e a ausência de uma formação específica, se tenha uma grande rotatividade de profissionais da área de enfermagem em saúde mental. Outro fator importante de destacar é a não apreensão do novo modelo de atenção, onde o foco passa da doença para a pessoa em sofrimento e sua relação com corpo social,

exigindo do profissional a construção de novos saberes e práticas, em parceria com uma equipe interdisciplinar.

O vivenciar dessas dificuldades e contradições, próprias de uma prática social e histórica, arraigada, ainda, de estigmas e preconceitos e embasada em um modelo hegemônico, que tem na clínica seu suporte teórico e no hospício seu principal campo de atuação, é um desafio que enfrentamos cotidianamente e que requer um repensar contínuo da realidade que se esboça. Objetivando fazer esse exercício reflexivo é que nos propomos a trazer um pouco da nossa vivência com o enfermeiro de um CAPS do Ceará, fazendo-se um contraponto com outras experiências já relatadas na literatura da área.

Refletindo sobre a experiência como enfermeiro do CAPS

Iniciamos nossa trajetória profissional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Fortaleza. A chegada no Serviço provocou certo desconforto devido à dificuldade de saber e definir que atividades profissionais teriam que ser realizadas. Nossa inserção ao trabalho foi realizada sem nenhuma formalidade ou sequer com apresentação à equipe interdisciplinar, já em atividade, dificultando o processo de aproximação e integração. Já começávamos com um viés da concepção do trabalho interdisciplinar.

Com o passar do tempo, conseguimos nos inserir na equipe e identificar algumas das funções e atividades desempenhadas pelos profissionais daquela Unidade, porém, a integração ainda era algo distante. Essa dificuldade de inserção e de integração na equipe interdisciplinar já foi identificada em outros estudos, justificando-se pela inexistência de um objetivo de trabalho único, pois cada profissional trabalha com um referencial teórico diferente[9]. Consideramos que existem outros dificultadores do trabalho interdisciplinar, destacando-se entre eles, principalmente, a inexistência de um projeto terapêutico individualizado e único, produzido e executado por toda equipe, incluindo-se o usuário/cliente.

Após uma breve adaptação no espaço de trabalho, fomos orientados por uma das colegas a realizar as *anamneses* dos pacientes chegados à Unidade (triagem). No entanto, a função não disponibilizava uma grande demanda, tornando o resto do nosso tempo ocioso. A ociosidade proporcionada pela não integração nas funções terapêuticas, levou-nos a desempenhar atividades de cunho administrativo e burocrático, como a contribuição na elaboração de planos assistenciais, cálculos de valores financeiros destinados aos profissionais da Unidade (produtividade, valor pago pela produção do profissional na unidade), entre outras funções dessa natureza.

Este desvio de função para outras atividades de caráter administrativo foi destacado por autores que afirmam que o enfermeiro é o profissional que menos faz atenção direta ao paciente, direcionando sua prática para o gerenciamento intermediário que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe[1]. A nosso ver, contribui com essa condição o fato do processo de formação do enfermeiro e de outros profissionais da saúde ainda não terem se adequado aos novos formatos de assistência preconizados para a área de saúde mental.

Na formação do enfermeiro observa-se que há contradição no ensino de graduação, onde o aluno é preparado, basicamente, para atuar em hospitais psiquiátricos, avançando-se, apenas, em termos de discurso e não de prática[10].

Desse modo, se faz necessário refletirmos sobre a organização do trabalho do enfermeiro na nova rede de atenção em saúde mental, seus métodos e suas bases teóricas, para que se busque inserir esse profissional num contexto histórico-social capaz de uma produção em saúde satisfatória e produtiva[1].

Para que estas mudanças ocorram o mais rápido possível, o enfermeiro, assim como os outros técnicos da área, deve buscar superar lacunas na formação e engajar-se no processo de transformação da prática em saúde mental, construindo saberes e práticas que contemplem a singularidade do sujeito em sofrimento mental.

A equipe de saúde mental precisa entender que a interdisciplinaridade prevê a realização da assistência tendo a pessoa em sofrimento mental como centro da atenção, onde as diversas áreas do conhecimento, com seus saberes e práticas específicos, são colocados à disposição para atendê-la em sua integralidade.

As experiências com a sistematização da assistência de enfermagem e o modelo de abordagem do doente mental baseado nos padrões de respostas humanas têm mostrado resultados positivos[11].

A especificidade do processo de trabalho do enfermeiro na saúde mental tem por base a interação com paciente, onde a comunicação e o relacionamento terapêutico são o instrumental básico, quer nas ações individuais ou grupais. Com base nesses princípios é que se realiza uma atenção de qualidade, na qual o sujeito em sofrimento ocupa o centro da atenção e a equipe interdisciplinar procura apreender suas dificuldades e achar soluções ou saídas, juntamente com ele. Vale ressaltar que este foi um dos métodos utilizados por nós para conseguimos nos integrar no processo funcional da Unidade.

O processo de construção do modelo assistencial junto ao usuário do CAPS independe de padrões ou estruturas pré-definidas, deve ser construído individualmente, através de um plano terapêutico capaz de promover a saúde mental. Para tanto é necessário que sejam repensados os conceitos, as práticas e as relações daqueles que compõem o serviço de saúde mental[12].

No caso de nossa experiência, optamos por realizar um trabalho na área de educação em saúde implementando atividades palestras e grupos educativos, os quais foram estruturados a partir de um conhecimento prévio junto aos usuários das temáticas que mais os interessavam, entre eles: DST/AIDS, drogas psicoativas, medicação em uso, sexualidade, entre outros. De início procuramos desenvolver este trabalho conjuntamente com a profissional de psicologia, a qual conduzia um grupo fechado de adolescentes. A princípio, a experiência teve algum êxito, no entanto fatores como a falta de espaço físico dificultavam e limitavam a participação de um número maior de pessoas. Mesmo assim, permanecemos com a idéia, realizando, primeiramente, a coleta de sugestão dos participantes e, em seguida, realizando-se as palestras no dia programado, buscando nos usuário os conhecimentos prévios, exercitando, com isso, a capacidade cognitiva dos mesmos e o respeito conteúdo trazido.

Uma segunda experiência foi realizada com um grupo maior, desta feita durante a festa carnavalesca do CAPS, convidamos uma das integrantes da Coordenação do Programa de DST/AIDS do município. A participação dos usuários foi surpreendente, resultando em inúmeros questionamentos e em uma interação que favoreceu o processo educativo e de parceria entre outros serviços e a comunidade.

Como resultado dessas atividades educativas programamos diversas outras palestras, englobando outros temas e patologias, tais como: hipertensão, diabetes, orientação contra a dengue, entre outros. Porém, a expansão do projeto educativo foi abortada devido a empecilhos de cunho administrativo e estrutural.

Experiências de atividades em parcerias confirmam a afirmativa de que o trabalho em equipe é revertido em resultados comuns, onde a competência individual deverá se conjugar a esforços para a realização de ações coletivas[5].

Sem condições propícias para a realização das seções educativas grupais, resolvermos desenvolver atividades isoladas de orientação em educação à saúde e continuar com o desempenho de funções na área burocrática e com a realização de *anamnese* dos novos usuários do CAPS.

A dificuldade de construirmos um modo novo de percebermos e lidarmos com as pessoas em sofrimento mental é uma realidade que se sente no cotidiano da prática nos novos serviços e que necessita ser discutida e analisada de modo crítico por toda equipe interdisciplinar, na busca de se atingir os objetivos propostos no processo de Reforma Psiquiátrica em implantação no país.

Ao refletir sobre a prática profissional no CAPS, nos deparamos com muitas dificuldades, lacunas e dúvidas na apreensão dos novos papéis a serem construídos e postos em práticas por todos os membros da equipe interdisciplinar, condição esta geradora de muitos conflitos e mesmo desestímulo para implementação do projeto de Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esforço de construção teórica buscado neste trabalho teve por objetivo analisar criticamente a inserção do enfermeiro nos novos espaços de atenção em saúde mental, notadamente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, partindo-se da nossa própria prática e de outras já relatadas e analisadas, tendo como pressupostos os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Ao nos debruçarmos sobre a prática do enfermeiro no CAPS, nos deparamos com as dificuldades de desconstruirmos paradigmas e avançarmos na construção de novos saberes e práticas próprias à proposta de Refor-

ma, em implantação. Iniciamos pela dificuldade de compreensão do que está proposto a ser construído por uma equipe, a qual dever avançar do conceito de muldisciplinar para o de interdisciplinar, incluindo-se aí também o cliente/usuário do sistema de saúde. Essa condição exige a construção de prática coletiva, onde a especificidade de cada área de conhecimento deve ser posta a favor da pessoa assistida e de um plano terapêutico único e individualizado.

Vencida essa primeira questão, parte-se do conhecimento já produzido para construção de um novo modelo que tem como foco a pessoa em sofrimento mental, percebida como ser social e histórico e reconhecida em seus direitos de cidadão. Por ser uma prática nova e carente de modelos, os profissionais da área findam por lidarem com muitas barreiras para implantação do previsto no processo de Reforma, entre outras coisas, pela dificuldade de desconstruirem concepções e modos de lidar arraigados e embasados em estigmas e segregação, sobrepondo a doença em detrimento da pessoa em sofrimento mental, chegando, mesmo, a negar-lhe a própria existência.

Muito ainda tem a ser feito e transformado na atenção em saúde mental, exigindo dos vários segmentos envolvidos a tomada de atitudes de toda ordem, destacando-se: maior sensibilização dos poderes públicos e da sociedade como um todo para a problemática; reflexão crítica da prática profissional em construção; engajamento das instituições formadoras, com inclusão de conteúdos específicos; mobilização social pela exigência de uma atenção de qualidade e que atende aos preceitos previstos pela Reforma Psiquiátrica; desenvolvimento de pesquisas que envolvam a complexidade da área.

Mesmo que não se esgote o tema aqui abordado, o presente estudo tem a pretensão de estimular e contribuir com a discussão sobre a prática nos novos serviços de atenção em saúde mental, notadamente a inserção do enfermeiro no CAPS, para que se consiga transformar em realidade o que está previsto em lei.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AGB, Alessi N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latinoam Enfermagem 2003; 11(3): 333-40.
2. Medeiros TA. Uma história da psiquiatria no Brasil. In.: Silva Filho JS, Russo JA. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
3. Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 1994.
4. Botti NCL, Cotta EM, Célio FA. Visita ao museu de loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem [on line] 2006. [Acessado 2006 out. 25]. 8(1):52-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_06.htm>.
5. Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. Rev Latinoam Enfermagem 2003; 11(5):645-51.
6. Tenorio F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos. [on line] 2002. [Acessado 2005 maio 18]. 9(1):25-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.
7. Goldberg J. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS . In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-47.
8. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Latinoam Enfermagem 2005; 13(1):112-7.
9. Bertoncello NMF, Franco FCP. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. Rev Latinoam Enfermagem 2001; 9(5):83-90.
10. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistencia de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. Revista Eletrônica de Enfermagem [on line] 2005. [Acessado 2006 out. 26]. 7(3):334-43. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_11.htm.>.
11. Colvero LA. O significado do "ser-enfermeiro" em Ambulatório de Saúde Mental. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem; 1994. 117p.

12. Ministério da Saúde(BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.. Brasília, 2004.

13. Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. Rev Latinoam Enfermagem 2000; 8(1):13-21.

RECEBIDO: 04/06/2007
ACEITO: 10/09/07

MULHERES VIVENCIANDO O ESTIGMA DECORRENTE DA AIDS

WOMEN SURVIVING THE STIGMA RESULTING FROM AIDS

MUJERES VIVENCIANDO EL ESTIGMA RESULTANTE DEL SIDA

Carolina Maria de Lima Carvalho[1]

Carvalho CML. Mulheres vivenciando o estigma decorrente da AIDS. [dissertação]. Fortaleza-CE: Mestrado em Enfermagem - Programa de Pós-graduação
Universidade Federal do Ceará - UFC, 2005.
Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Há mais de duas décadas, o mundo convive com a aids. Com o passar dos anos, muito se descobriu sobre formas de transmissão, terapias medicamentosas mais eficazes, marcadores laboratoriais mais precisos, imunogenicidade. Ainda é evidente, entretanto, o estigma vivenciado em decorrência da descoberta da doença. Esta é a sínete ou impressão a sinalizar que a pessoa está marcada e rejeitada; assim, portar um estigma, implica possuir uma característica não aceita pela sociedade. Com base neste fato, vivenciam-se vários tipos de discriminações, mediante os quais, efetivamente, reduzem-se as chances de se viver plenamente. Desta forma, diante da descoberta do diagnóstico, a mulher com HIV/aids experimenta sentimentos de incerteza e insegurança, levando-a a vivenciar um momento de crise. Nesta perspectiva, teve-se como objetivo apreender os estigmas que as mulheres portadoras de HIV/aids vivenciam em decorrência da sua infecção. Investigação descritiva e exploratória de natureza qualitativa, cujo cenário foi uma enfermaria de um hospital especializado em Fortaleza-CE, no período de dezembro de 2004 a março de 2005. Participaram dez mulheres com aids. Utilizou-se como modalidade de pesquisa a História Oral Temática, recorrendo-se, para coleta de dados, à entrevista semi-estruturada gravada. Para análise dos depoimentos, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, elaborando-se quatro categorias: 1. enfrentando o diagnóstico; 2. mudanças impostas pela doença; 3. sentimento de culpa; e 4. vivenciando a exclusão social. As mulheres eram jovens, com escassos rendimentos financeiros, apresentavam pouca escolaridade e foram contaminadas pela via heterossexual, perfil que coincide com a maioria das brasileiras infectadas pelo HIV. Foram apreendidas diferentes formas de estigma, as quais estavam relacionadas, principalmente, às dificuldades no enfrentamento do diagnóstico, mudanças no cotidiano decorrentes de imposições para se viver melhor em face da doença, sentimentos de culpa e evidências de exclusão, além da ausência e apoio dos familiares. Ao reviverem a descoberta do diagnóstico da doença, as mulheres expressaram o medo da morte, vergonha, preocupação com a família, abandono, solidão, tristeza e culpa, além da tentativa constante de manutenção do emprego. Os diferentes estigmas vivenciados impediam as mulheres de conduzir sua vida naturalmente, livres de qualquer tipo de discriminação, pois é um direito que deve ser respeitado, principalmente, se tratando de uma portadora de HIV/aids, que já enfrenta uma gama de sentimentos negativos decorrentes da doença. Este estudo permitiu, ao longo de sua descrição, fornecer subsídios para organizar a assistência oferecida a essa clientela, destacando que não devem ser apenas direcionados às preocupações para a doença biológica-oportunistas, mas destinando a

[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Auto-ajuda para o cuidado de enfermagem. Linha de pesquisa: Assistência participativa em situação de Saúde-Doença (CNPQ). E-mail Karollina@click21.com.br.

essas mulheres uma atenção voltada aos conflitos que estão vivenciando, sejam eles decorrentes dos estigmas da aids ou não; buscando, assim, a melhoria da qualidade de vida das mulheres que vivem com HIV/aids. Combater, por meio de ações culturais ou através de meios legais, o estigma e a discriminação é uma tarefa de todos os profissionais que as assistem.

PALAVRAS-CHAVE: Preconceito; Mulheres; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

It has been more than two decades that the world has lived with the HIV. Within the passing years we've learned a lot about ways of transmission, more efficient medical treatments, more accurate laboratory results, immunity, and so on. It's still evident, however, the stigma experienced with the discovery of the disease. That signalizes that the person is stamped and rejected. To carry a stigma means to carry a characteristic not accepted by the society. Based on this fact, those people have gone through many embarrassing situations and their chances of living a normal life have been reduced. That way, when a woman faces the positive HIV diagnostic she experiences uncertainty feelings and insecurity; those feelings lead her to a moment of crisis. Taking all of this into account, the aim of this work is to find out about the stigmas that surround the women with HIV infection. This investigation is descriptive and exploratory and its nature is qualitative. The scenario is a hospital ward of a specialized hospital in Fortaleza – CE .The period of the research was from December 2004 to March 2005. The subjects of the research were ten women with positive HIV. The methodology used in the research was the Thematic Oral. It was used recorded semi-structured interview to collect the data. The women's reports were analyzed by creating four categories: 1) facing the diagnostic; 2) changes imposed by the disease; 3) guilt; and 4) living in social exclusion. The women were young, with scarce financial income; low scholar level and they had been infected by heterosexual way. This profile coincides with the profile of the majority of the infected women in Brazil. Many forms of stigma were identified. Most of them were related to the difficulty of dealing with the diagnostic, changes in the women's lives because they tried to live better, guilt, social exclusion's evidence and lack of family's support. When they remembered the experience of receiving the diagnostic news, they expressed fear of death, shame, and concern with their family besides abandonment, solitude, sadness and fault. However, they had to keep on trying not to loose their jobs. The different stigma that surrounded their lives don't let them live naturally and free of any type of prejudice, and this is a right that has to be respected when we talk about women who are infected with the HIV, because they already suffer bad feelings caused by the disease. This work supported changes in the assistance offered to infected women, emphasizing that the treatment shouldn't be concerned only about biological-opportunist diseases, but should also consider the conflicts experienced by the women. That way, we search for an improvement in these women life quality. To defeat the stigmas and the prejudice is a task for all the professionals evolved with these women, this can be done by cultural or legal means.

KEYWORDS: Prejudice; Women; Acquired immunodeficiency syndrome.

Hace más de dos décadas que el mundo convive con el sida. Con el paso de los años, se realizaron muchos descubrimientos sobre formas de transmisión, terapias medicinales más eficaces, marcadores de laboratorio más precisos, inmunidad genética. Sin embargo, es evidente el estigma vivenciado resultante de la revelación de la enfermedad. Así, acarrear un estigma, implica poseer una característica que la sociedad no acepta, esto señala que la persona está marcada y es rechazada. Con base en este hecho, se vivencian varios tipos de discriminaciones, mediante los cuales, efectivamente, se reducen las oportunidades de vivir plenamente. De esta forma, frente al descubrimiento del diagnóstico, la mujer con VIH/sida experimenta sentimientos de incertidumbre e inseguridad, llevándola a vivenciar un momento de crisis. Bajo esta perspectiva, se tuvo como meta abarcar los estigmas que las mujeres portadoras de VIH/SIDA perciben como resultado de su infección. Investigación descriptiva y de exploración de naturaleza cualitativa, cuyo escenario fue la enfermería de un hospital

especializado, en Fortaleza-CE, en el periodo de diciembre de 2004 a marzo de 2005. Participaron diez mujeres con SIDA. Se utilizó como modalidad de investigación la Historia Oral Temática recurriéndose, para recoger los datos, a la entrevista en parte estructurada grabada. Para análisis de las declaraciones, se empleó la técnica de análisis de contenido, elaborándose cuatro categorías: 1. enfrentando el diagnóstico; 2. cambios impuestos por la enfermedad; 3. sentimiento de culpa; y 4. vivenciando la exclusión social. Las mujeres eran jóvenes, con escasos ingresos financieros, presentaban poca escolaridad y se contaminaron por vía heterosexual, perfil que coincide con la mayoría de las brasileñas infectadas por el VIH. Se abarcaron diferentes formas de estigmas, las cuales estaban relacionadas, principalmente, a las dificultades en el enfrentamiento del diagnóstico, cambios en el cotidiano provenientes de imposiciones para vivir mejor en virtud de la enfermedad, sentimientos de culpa y evidencias de exclusión, además de la ausencia y apoyo de los familiares. Al revivir el descubrimiento del diagnóstico de la enfermedad, las mujeres expresaron el miedo de la muerte, vergüenza, preocupación con la familia, abandono, soledad, tristeza y culpa, además de la tentativa constante de preservación del empleo. Los diferentes estigmas vivenciados impedían que las mujeres condujesen su vida naturalmente, libres de cualquier tipo de discriminación, pues es un derecho que debe ser respetado, principalmente, tratándose de una portadora de VIH/SIDA, que ya enfrenta una gama de sentimientos negativos provenientes de la enfermedad. Este estudio permitió, a lo largo de su descripción, suministrar subsidios para organizar la asistencia ofrecida a esa clientela, destacando que no deben ser sólo dirigidos a las preocupaciones para la enfermedad biológica-oportunista, pero destinando a esas mujeres una atención volcada a los conflictos que están vivenciando, sean ellos provenientes de los estigmas del sida o no; buscando, así, mejorar la calidad de vida de las mujeres que viven con VIH/SIDA. Combatir, por medio de acciones culturales o a través de medios legales, el estigma y la discriminación es una tarea de todos los profesionales que las asisten.

PALABRAS CLAVE: Prejuicio; Mujeres; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

RECEBIDO: 20/08/2007
ACEITO: 05/11/07

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista RENE é uma publicação quadrimestral da Rede de Enfermagem do Nordeste, com sede no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e se propõe a divulgar a produção científica de seus assinantes, profissionais, estudantes de enfermagem e áreas afins. As diretrizes gerais da Revista são definidas e executadas pela Comissão Editorial.

ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os trabalhos remetidos para publicação devem ser inéditos e exclusivos da Revista enviados para: Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-160. Fortaleza- CE.

Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo: o nome completo do(s) autor(es), locais de trabalho, cargos e/ou títulos atuais, endereço, telefone, fax, e-mail. Lembramos que todos os autores devem ser assinantes da Revista.

Serão examinados por consultores "*ad hoc*", a critério da Comissão Editorial, omitida a identificação dos consultores e dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não. Os trabalhos recusados serão devolvidos.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos assinados expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

As investigações que envolverem seres humanos deverão explicitar o consentimento destes, e serem compatíveis com a Comissão de Normas Éticas do Conselho Nacional de Saúde.

Após publicados os artigos tornam-se propriedade da Revista, sendo reservado a esta todos os direitos autorais.

TIPOS DE TEXTO

Serão analisados para publicação: estudos teóricos/ensaios, artigos de pesquisa, entrevistas, relato de experiência e reflexão; resumo de dissertação, resenha, comunicação.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos deverão ser remetidos no máximo em 15 páginas, em três vias (original e duas cópias), impressos em papel A4, juntamente com o arquivo em disquete, apresentado no formato Word for Windows versão 7.0/95 (doc), em espaço 1,5 , letra 12, Times New Roman. A primeira página do texto original deve conter o título do trabalho, nome completo do autor e seu respectivo endereço e nas outras duas vias não deverá constar a identificação dos autores.

ESTRUTURA DOS ARTIGOS ORIGINAIS

Título do artigo sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em Inglês. e em Espanhol

Nome do(s) autor(es) indicar os títulos e cargos ocupados em nota de rodapé.

Resumo em português, inglês, e em espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto e fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Em espaço simples, letra 10 na mesma seqüência dos títulos.

Palavras-Chave em português, inglês e espanhol com no máximo 05 (cinco), obedecendo aos descritores em **Ciências da Saúde DECS/ BIREME** e/ou MESH/ Index Medicus.

Texto de acordo com a NBR 6022/94 da ABNT

Referências Bibliográficas utilizando o Estilo "Vancouver" , ver exemplos detalhados nas "Normas para Publicação" de cada fascículo.

Tabelas e Ilustrações devem ser apresentadas dentro do texto e sobretuto em preto e branco.

EXEMPOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas – De acordo com as normas de Vancouver.

Listar os autores em ordem numérica e consecutiva conforme vão sendo mencionados e identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito[1].

REGRAS GERAIS

Autores: Citar até 6 autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles.

Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F.

Obs: Mais de 6 autores acrescentar et al.

Título: Indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

Páginas: Suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8.

Para teses informar o número total de folhas. Ex: 120f.

Colocação da página na citação, acrescentar e o número do autor. Ex: [1:15]

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: edição- 10th ed.; nota de dissertação ou tese, ex: [thesis of Doctoral]; notas de Internet, ex: Potuguês: "Disponível em", "Acessado em"; Inglês: "Available from" e Accessed at", etc.

EXEMPLOS:

Capítulos de livro

Mathias I. Instrumento para cirurgia gastrenterológica. In: Marques RG. Cirurgia-instrumental e fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p. 155-60.

Teses, dissertações e monografias

Silveira IP. Partejar – a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem. [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. 81f.

Trabalhos de congressos, seminários

Vale EG. Qualidade nos serviços de saúde. In: Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1993 28nov-3dez; Olinda(PE), Brasil. Recife(PE): ABEn; 1993. p.53-60.

Artigos de Periódicos

Câmara NAAC, Franco MC. Avaliação e intervenção do enfermeiro no controle da dor no pós-operatório. Rev. RENE, Fortaleza(CE) 2003 jul/dez; 3(2): 57-64.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

GENERAL INFORMATION

RENE journal is published three times a year (one each four months) by the *Rede de Enfermagem do Nordeste* (Nursing Network of Northeastern Brazil), which has headquarters at the Nursing Departament of *Universidade Federal do Ceará* (Federal University of Ceara), and whose aim is to divulge the scientific production of its subscribers, professionals, students of Nursing and of related areas of study. The general guidelines of the Journal are defined and carried out by the Editorial Board.

EDITORIAL GUIDELINES

Papers submitted for publication must not have been published and must not have been simultaneously submitted elsewhere. They should be sent to:

Rede de Enfermagem do Nordeste

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-160. Fortaleza- CE.

They must be accompanied by the submission letter, which should contain: author's/ authors' full name(s), affiliation, position and/or current titles held, address, telephone number, fax number, e-mail. We remind that all the authors must be subscribers to the journal.

The papers submitted for publication will be examined by *ad hoc* referees pointed out by the Editorial Board; the referees' and authors' identities will be omitted. The authors will be notified of the acceptance or refusal of their work. Refused works will be returned to the authors.

The Editorial Board will be allowed to make small alterations, but the major modifications to the papers will be required to be made by the authors. The articles express the authors' views, for which they are fully liable, not necessarily reflecting the Editorial Board's opinion.

The investigations that entail human beings have to demonstrate their agreement, and to be compatible with the Code of Ethics Committee of the National Health Council.

The publication of the articles by the journal entails the transference of the copyright to the publishers.

TEXTUAL CATEGORIES

The following textual categories will be analyzed for publication: theoretical studies/essays; research articles; interviews; experience and reflection accounts; dissertation abstracts; reviews; research presentations.

PRESENTATION OF WORKS

The works submitted should be no longer than 15 pages. Three copies must be sent (one original version and two paper copies) printed out in A4 paper, along with a copy of the text file in floppy disk, typed in Word for Windows 7.0/95 format (doc), with the space between lines 1.5, font type Times New Roman, size 12. The first page of the original text must contain the title of the work, the author's (authors') full name(s) and mailing address and, in the other two copies, there must no references that can identify the author(s).

STRUCTURE OF ORIGINAL ARTICLES

The title of the article should be concise and objective, presented consecutively in Portuguese, in English and in Spanish.

Author's (authors') name(s): indicate in a footnote the titles and positions held by the authors.

Resumo in Portuguese, English and Spanish, having no longer than 150 words which express the relevant points on the text and provide a clear and concise view of its content. Single spaced, font size 10 in the same sequence of the titles.

Keywords in Portuguese, English and Spanish, maximum 05 (five), according to keywords in *Ciências*

da Saúde (Health Sciences) DECS/ BIREME and/or MESH/ Index Medicus.

The text must be in accordance to ABNT's NBR 6022/94.

References employing the 'Vancouver' style, see detailed examples at the 'Publication instructions' (*'Normas de publicação'*) on each fascicle.

Tables and Illustrations inside of the text in black and white.

EXAMPLES OF REFERENCES

References – In accordance to the Vancouver norms. The authors should be listed in numerical and consecutive order according to their mentioning on the text, and identified by the same number every time that they are quoted. The number should be superscript[1].

GENERAL GUIDELINES:

Authors: Quote no more than 6 authors, separated by commas, starting with the surname, presenting only the first letter in upper case, followed by first name(s) initials and the other surnames, with no period or any other linking element between them.

e.g.: Vasconcelos FF and not Vasconcelos, F. de F.

Note: For more than 6 authors, add *et al*.

Title: Indicate in capital letters only the first letter of the title and of proper names. For journals, the titles should appear as indexed on the Index Medicus.

Pages: Supress repeated tens or hundreds *e.g.*: Use from 43-8.

For theses, inform the total number of pages; *e.g.*: 120f (120 pages)

Placement of the page in the quotation, add the author's number, e.g.: [1:15]

Footnotes: should be transcribed in the language that the work was written on, data such as edition- 10th ed.; dissertation or thesis note, *e.g.*: [Doctoral thesis]; Internet notes, *e.g*: Portuguese: "Disponível em", "Acessado em"; English: "Available from" and Accessed at", etc.

Examples:

Book chapters

Mathias I. Instrumento para cirurgia gastrenterológica. In: Marques RG. Cirurgia-instrumental e fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p.155-60.

Thesis, dissertations and monographs

Silveira IP. Partejar – a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem. [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. 81f.

Works presented at conferences and seminars

Vale EG. Qualidade nos serviços de saúde. In: Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1993 28nov-3dez; Olinda(PE), Brasil. Recife(PE): ABEn; 1993. p.53-60.

Jounal articles

Câmara NAAC, Franco MC. Avaliação e intervenção do enfermeiro no controle da dor no pós-operatório. Rev. RENE, Fortaleza(CE) 2003 jul/dez; 3(2): 57-64.

NORMAS PARA SU PUBLICACIÓN

INFORMACIONES GENERALES

La Revista RENE es una publicación cuadrimestral de la red de Enfermería del Nordeste, su sede se localiza en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, y su propuesta es la de divulgar la producción científica de sus abonados, profesionales, estudiantes de enfermería y áreas paralelas. Las directrices generales de la Revista son definidas y ejecutadas por la Comisión Editora.

ORIENTACIONES EDITORIALES

Los trabajos remitidos por la publicación deben ser inéditos y exclusivos de la Revista, enviados para: Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo – CEP 60.430-160 – FORTALEZA – CE.

Deben venir acompañados de oficio de encaminamiento conteniendo: el nombre completo del(los) autor(es), locales de trabajo, cargos y/o títulos actuales, dirección, teléfono, fax, e-mail.

Les recordamos que todos los autores deben ser abonados de la Revista.

Serán examinados por consultores *"ad hoc"*, a criterio de la Comisión Editora, omitida la identificación de los consultores y de los autores. Éstos serán notificados si fueron aceptados o no. Los trabajos recusados serán devueltos.

La Comisión Editora podrá hacer pequeñas modificaciones, pero las alteraciones esenciales se solicitarán a los autores. Los artículos firmados expresan el pensamiento de los autores y son de entera responsabilidad, sin reflejar necesariamente la opinión de la Comisión Editora.

Las investigaciones que abarquen seres humanos deberán explicitar el consentimiento de los mismos, y ser compatibles con la Comisión de Normas Éticas del Consejo Nacional de Salud.

Después que los artículos sean publicados, pasan a ser propiedad de la Revista, la cual se reserva todos los derechos de autoría.

TIPOS DE TEXTO

Serán analizados para la publicación: estudios teóricos / ensayos, artículos de pesquisa, entrevistas, relato de experiencia y reflexión, resumen de disertación, reseñas, comunicación.

PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los trabajos se deberán remitir con un máximo de 15 páginas; tres páginas (original y dos copias) impresas en papel A4, junto con el archivo en disquete, presentado en formato Word for Windows, versión 7.0/95 (doc), en espacio 1,5; letra 12, Times New Roman. La primera página del texto original debe contener el título del trabajo, nombre completo del autor y su respectiva dirección y en las otras dos páginas no deberá constar la identificación de los autores.

ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES

Título del artículo sintético y objetivo, presentando seguidamente en Portugués, en Inglés y en Español. Nombre de los(las) autor(es) indicar los títulos y cargos ocupados en artículo a pie de página.

Resumen en portugués, inglés y español, que contenga como máximo 150 palabras que expresen los puntos relevantes del texto, pasando un punto de vista claro y conciso de su contenido. En espacio simple, letra 10 en la misma secuencia de los títulos.

Palabras Clave en portugués, inglés y español con un máximo de 05 (cinco) obedeciendo a las claves en **Ciencias de la Salud DECS/BIREME y/o MESH/Index Medicus.**

Texto de acuerdo con la NBR 6022/94 de ABNT.

Referencias Bibliográficas usando el estilo "Vancouver", ver ejemplos detallados en las "Normas para Publicación" de cada cuadernillo.

Tablas e Ilustraciones *deben presentarse dentro del texto y además en prieto y blanco.*

EJEMPLOS DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas – De acuerdo con las normas de Vancouver. Listar los autores en orden numérica y consecutiva según vayan siendo mencionados e identificarlos por el mismo número, siempre que sean mencionados. El número debe aparecer sobrescrito[1].

Reglas Generales

Autores: Citar hasta 6 autores, separados por coma, entrando por el apellido, con apenas la inicial mayúscula, seguido de las iniciales de nombres y otros apellidos, sin punto o cualquier otro elemento de unión entre ellos.

Ej: Vasconcelos FF y no Vasconcelos, F. de F.– Obs.: Más de 6 autores agregar y tal.

Título : Indicar en mayúscula apenas la primera letra el título y de nombres propios. Para periódicos, los títulos deben figurar como indexados en el Index Medicus.

Páginas:: Suprimir decenas o centenas repetidas. Ej: usar de 43-8. Para tesis informar el número total de hojas. Ej: 120f. Colocación de la página en la citación, agregar **e** el número del autor. Ej: [1:15]

Notas: Transcribir en el idioma de la obra, datos tales como: Edición – 10th ed; nota de disertación o tesis, ej: [thesis of Doctoral]; notas de Internet, ej: Portugués: "Disponível em", "Acessado em "; Inglés:"Available from " y Accessed at",etc.

EJEMPLOS:

Capítulos del libro

Mathias I. Instrumento para cirugía gastroenterología In:Marques RG. Cirugía-instrumental y fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica;2001.p. 155-60.

Tesis, disertaciones y monografías

Silveira IP. Compartir – la enfermera y la humanización del cuidado de enfermería [disertación de Master en Enfermería] Fortaleza(CE): Departamento de Enfermería, Universidad federal de Ceará, 2003.81f.

Artículos de congresos, seminarios

Vale EG. Calidad en los servicios de salud. In: Anais del 45º Congreso Brasileño de Enfermería; 1993 28nov-3dic; Olinda (PE): ABEn; 1993.p.53-60.

Artículos de Periódicos

Cámara NAAC, Franco MC. Evaluación e intervención del enfermero en el controle del dolor en el post-operatorio. Rev.RENE, Fortaleza (CE) 2003 jul/dic;3(2): 57-64.

ASSINATURA

Assinatura anual individual/profissional .... R$ 100,00
Assinatura anual institucional/Estudante de graduação .... R$ 60,00
Assinatura anual institucional .... R$ 125,00
Assinatura de anos anteriores. .... R$ 94,00
Número avulso .... R$ 34,00
Ano: ____________________
NOME: ____________________
ENDEREÇO: ____________________
BAIRRO: ____________ CEP.: ____________
CIDADE: ____________ ESTADO: ____________ PAÍS: ____________
FONE(S) COMERCIAL: ( ) ____________ RESIDENCIAL: ( ) ____________
E-mail: ____________________

Depósito bancário para ACEP/ REV. RENE – CONTA CORRENTE: Nº 14684-6 – BANCO DO BRASIL – 001 – AGÊNCIA 3653-6
Nota: Enviar a cópia do recibo à Revista via correio ou fax, juntamente com os dados pessoais do assinante.
Rev. RENE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • CEP 60430-160 • Fone/Fax: 85-33668453 / 33668451

SUBSCRIPTION

Annual individual subscription/professional .... R$ 100,00
Annual individual subscription/Student of graduation .... R$ 60,00
Annual corporate subscription .... R$ 125,00
Subscription of previous years .... R$ 94,00
Single issue .... R$ 34,00
Year : ____________________
Name: ____________________
Adress: ____________________
Zip Code:____________ City: ____________
State:____________ Country: ____________
E-mail: ____________________
Daytime phone no./Home phone no. ____________________

Subscribe by sending a bank draft payable to ACEP/REV RENE – Bank Account no. 14684-6 – Bank: Banco do Brasil – 001, Branch: 3653-6
Note: sending the copy of the subscrition form and the bank craft receipt to:
Rev. Rene
Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil • CEP: 60430-160 • Phone/Fax: 55 85 33668453/55 85 33668451

SUBSCRIPCIÓN

Inscripción anual individual/profesional .... R$ 100,00
Inscripción anual individual/Alumno de graduación .... R$ 60,00
Inscripción anual institucional .... R$ 125,00
Inscripción de años anteriores .... R$ 94,00
Número avulso .... R$ 34,00
Año: ____________________
Nombre: ____________________
Dirección: ____________________
Código postal: ____________Ciudad ____________
Estado (departamento) ____________ País ____________
Correo Electrónico (e-mail) ____________________
Teléfono laboral/ residencial: ____________________

ACEP/ Rev. RENE – Cuenta Corriente Nº 14684-6 – Agencia 3653-6 – Banco do Brasil.
Envie ésta ficha de inscripción y copia del recibo bancário para:
Rev. RENE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil – 60430-160 • Teléfono/ fax: 55-85-33668453/ 5585-33668451